

Schlussbericht / Kurzversion

Weiterentwicklung Langzeitpflege im Kt. Uri

Kanton Uri und Urner Gemeindeverband

Altdorf

Baar, 23.10.2023



Impressum

Erstellt am:	04. März 2022
Version Nr. / vom:	1.0 vom 23.10.2023
Verfasser/in	Roland Wormser (RW) und Angela Escher-Greiter (ESCA)
Dateiname	100-01_0702_Bericht Kurzversion V1.0_2023 10 23 ESCA RW.docx
Empfohlene Zitierweise	Escher-Greiter A. und Wormser R. (2023). Weiterentwicklung Langzeitpflege Kanton Uri. Schlussbericht. Im Auftrag des Kantons Uri und des Urner Gemeindeverbands. HeCaCons GmbH, Baar, 23.10.2023.

Revision

Version	Datum	Autor/en	Revision – Kapitel-Nr.
0.10	04.10.2023	ESCA	Erstversion auf Basis V0.62 Ausführliche Version v. 04.10.2023
0.11	09.10.2023	RW + ESCA	Überarbeitung Kap. 3, 6.2, 6.3, 7.3, 10.1, 10.4, 11 und 12
0.12	10.10.2023	RW + ESCA	Versand an Steuergruppe
0.13	23.10.2023	RW	Änderungen anlässlich Sitzung StGr vom 23.10.2023
0.14	23.10.2023	RW + ESCA	Anpassungen im Nachgang an StGr in Kap. 2, 7, 8.3, 9.4 und 10
1.0	23.10.2023	RW	Änderungen in Kap. 8.2 und Anhang 11.3 / Schlusskontrolle

Abkürzungen

AÜP	Akut- und Übergangspflege (mit Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV)	ICT	Informations- und Kommunikationstechnologien (Informatik)
Bew	Bewohner:in	KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung) SR 832.112.31
BeWo	Betreutes Wohnen	KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz) SR 832.10
BAG	Bundesamt für Gesundheit	LZP	Langzeitpflege
BfS	Bundesamt für Statistik	Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Curaviva	Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf, www.curaviva.ch bzw. www.artiset.ch	SBU	Stiftung Behindertenbetriebe Uri
EL	Ergänzungsleistungen zur AHV/IV0.15	SOMED	Sozialmedizinische Statistik
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren		

Glossar

Begriff	Erläuterung
Bewohner:in und Klient:in	Bei stationären Betrieben werden Kunden in der Regel «Bewohner:in» genannt. Der Begriff basiert auf «wohnen», wobei früher Kunden selten wieder «nach Hause» gingen. Heute vermischen sich stationäre und ambulante Leistungen, z.B. wenn ein Pflegeheim auch Tagesbetreuung und Nachtaufenthalte anbietet. Unter anderem deshalb spricht das BfS in der SOMED-Statistik auch für Pflegeheime von Klienten. In diesem Bericht verwenden wir auch für Pflegeheime den Begriff «Klienten».
Klient:in	Synonym für «Kunde»
Institutionalisierungsrate	Anteil der in Institutionen lebenden Bevölkerung an der Anzahl Einwohner 80 Jahre und älter.



Inhalt

Vorwort Gesundheitsdirektion Kanton Uri und Urner Gemeindeverband	4
1 Management Summary	5
2 Anlass zum Projekt.....	8
3 Auftrag	8
4 Ist-Analyse Langzeitpflege im Kanton Uri	9
4.1 Zuständigkeiten	9
4.2 Organisation und Angebot.....	10
4.3 Kosten und Beiträge.....	11
4.4 Finanzielle Fehlanreize / Systemmängel	12
4.5 Strukturelle Herausforderungen.....	13
4.6 Voraussichtliche Entwicklung «Nullszenario»	14
5 Marktentwicklung.....	15
5.1 Demographische Entwicklung Kanton Uri.....	15
5.2 Trends.....	15
5.3 Integrierte Versorgung.....	16
6 Bedürfnisse und angebotsspezifische Zielgruppen.....	17
7 Strategie Langzeitpflege Uri	19
7.1 Vision	19
7.2 Strategische Stossrichtungen und Handlungsfelder	19
7.3 Voraussichtliche Entwicklung «Sollszenario»	21
8 Künftige Zuständigkeiten Langzeitpflege im Kanton Uri.....	23
8.1 Begriffliches.....	23
8.2 Bewertung der Varianten für den Kanton Uri	23
8.3 Wahl der Zuständigkeitsvariante	24
8.4 Fragen aus dem Workshop mit Gemeinden vom 22. Juni 2023:.....	25
8.5 Finanzierungsgefässe und Ausgleichsmechanismen Zuständigkeitsvarianten	26
9 Empfehlungen	28
9.1 Fazit und Empfehlung Variante Zuständigkeiten.....	28
9.2 Folgeprojekt	28
10 Anhang.....	31
10.1 Literatur- und Quellenverzeichnis	31
10.2 Kategorien Betreutes Wohnen nach Curaviva	31
10.3 Massnahmen zu Handlungsfeldern mit Priorität 1.....	32
10.4 Eckwerte zu den priorisierten Zuständigkeitsvarianten	36



Vorwort Gesundheitsdirektion Kanton Uri und Urner Gemeindeverband

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser des Schlussberichts «Weiterentwicklung Langzeitpflege Uri»

Es ist eine wichtige Aufgabe der öffentlichen Hand, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, zu schützen, zu fördern und wiederherzustellen. Die Langzeitpflege bezeichnet die Pflege und Betreuung von Menschen mit Unterstützungsbedarf über einen längeren Zeitraum. Diese Menschen sind wegen ihres hohen Alters, einer Krankheit oder Behinderung nicht mehr in der Lage, alle alltäglichen Aufgaben allein zu bewältigen. Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Langzeitpflege für die Bevölkerung ist daher auch im Kanton Uri eine zentrale Aufgabe der Gemeinden und des Kantons.

In Uri stellen sich uns grosse Herausforderungen. So zum Beispiel die demografische Veränderung, die steigenden Ansprüche der Gesellschaft an die medizinische Versorgung und die damit einhergehende Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, aber auch der hohe Bedarf nach gut ausgebildeten Fachkräften, die Nachfrage nach neuen Wohnformen und die Veränderung der familiären Betreuungsstrukturen. Es braucht in unserem Kanton tiefgreifende Veränderungen im bisherigen System, um die genannten Herausforderungen bewältigen zu können. Damit wollen wir auch längerfristig eine bedürfnisgerechte und finanzierbare Versorgung in der Langzeitpflege sicherstellen.

Mit vereinten Kräften wollen Kanton und Gemeinden erreichen, dass wir auch in Zukunft unserer pflegebedürftigen Bevölkerung ein selbstbestimmtes und würdevolles Leben ermöglichen können.

Der Kanton und die Gemeinden haben beschlossen, die vielfältigen Herausforderungen der Langzeitpflege im Rahmen des Projekts «Weiterentwicklung Langzeitpflege Uri» gemeinsam anzugehen. Das Projekt wurde von verschiedenen Gremien bearbeitet und erreicht nun einen ersten wichtigen Meilenstein. Am vorliegenden Bericht haben zahlreiche Vertreter und Vertreterinnen aus Gemeinden, Kanton und Institutionen mitgearbeitet. Ihnen allen gebührt ein grosser Dank.

Wir sind überzeugt, dass wir mit dem Projekt «Weiterentwicklung Langzeitpflege Uri» auf dem richtigen Weg sind. Das visionäre Ziel «alles aus einer Hand» weist uns die strategische Richtung. Wir sind uns auch bewusst, dass die Umsetzung der Empfehlungen und Massnahmen für den Kanton Uri grosse Bedeutung und weitreichende Folgen hat. Im Verbund von Kanton und Gemeinden wollen wir diesen komplexen Bereich angehen und für die pflegebedürftige Bevölkerung gute Versorgungslösungen finden. Gemeinsam gestalten wir die Zukunft.

Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion
Christian Arnold, Regierungsrat

Urner Gemeindeverband
Bruno Gamma, Präsident



1 Management Summary

Ausgangslage und Auftrag

Im Kanton Uri sind die Zuständigkeiten für ambulante und stationäre Langzeitpflege zwischen Kanton und Gemeinden aufgeteilt, was die Umsetzung von integrierten Versorgungsmodellen erschwert. Ein gemeinsames Projekt von Kanton und Gemeinden soll daher die Neuorganisation der Langzeitpflege prüfen und Empfehlungen zur Umsetzung geben. Ziel ist es, Varianten für die Neuorganisation der Langzeitpflege im Kanton Uri mit Empfehlungen zur Umsetzung zu entwickeln. Die Eckpunkte sollen integrierte und koordinierte Langzeitpflegeversorgung (stationär und ambulant) aus «einer Hand» und Grundsätze / Regeln der fiskalischen Äquivalenz und Subsidiarität berücksichtigen.

Ist-Analyse Langzeitpflege Uri

- *Stationäres Angebot:* Im Kanton Uri gibt es neun Pflegeheime mit 551¹ Plätzen. Die Auslastung war in den letzten 10 Jahren meist über 97 % und ist auch aktuell sehr hoch. Die Inanspruchnahme von Heimplätzen wie auch der Anteil an Personen ohne oder mit leichtem Pflegebedarf (rund 20 % KLV-Stufen 0 – 2) sind zwar in den letzten Jahren gesunken, sind aber im interkantonalen Vergleich immer noch hoch.
- *Ambulantes Angebot:* Trotz starker Steigerung in den letzten 10 Jahren ist die Inanspruchnahme von Spitexleistungen im Kanton Uri im interkantonalen Vergleich sehr tief. Hier dürfte noch ein beträchtliches Potenzial bestehen. Der Marktanteil der Spitex Uri ist mit 88 % (Stand 2021) trotz mittlerweile mehrerer Mitbewerber hoch. Aufgrund von Versorgungsauftrag und Aufnahmepflicht für den ganzen Kanton sowie Grösse und Topographie des Kantons dürfte die Spitex Uri auch weiterhin eine starke Stellung innehaben.
- *Kosten und Beiträge:* Die Gesamtkosten der Pflegeheime betragen 2021 CHF 49.5 Mio. und für ambulante Pflege CHF 7.2 Mio., dazu kommen noch diverse ergänzende Angebote. Die kumulierten Beiträge von Kanton und Gemeinden für alle Leistungen betragen im Jahr 2022 CHF 18.9 Mio.

Marktentwicklung

- *Demographischer Wandel:* Die Altersgruppe 65+ nimmt von 2018 bis 2040 um 41 % zu, die Altersgruppe 80+ um 82 %. Gemäss heutigem Kenntnisstand wird der Peak beim Anteil Hochaltriger ca. 2035 bis 2045 erreicht.
- *Politökonomische Trends:* «Einheitliche Finanzierung Ambulant-Stationär» (EFAS) sowie «Ergänzungsleistungen für Betreutes Wohnen» werden die Zusammenarbeit von ambulanter und stationärer Pflege beeinflussen. Integrierte Versorgung wird landesweit zunehmend realisiert. Mögliche Umsetzung von integrierter Versorgung siehe Kap. 8.1. Dies auch vor dem Hintergrund des zentralen Bedürfnisses der Bevölkerung (plakatativ formuliert das «Oberziel») «So lange wie möglich (zu Hause) selbstbestimmt leben und wohnen»

¹ Zuzüglich 15 „Notbetten“



(Kap. 6). Die Gestaltung von Beratungs-, Betreuungs-, Wohn- und Pflegeangeboten berücksichtigen die jeweiligen Bedürfnisse und Notwendigkeiten in der entsprechenden Altersphase durch zielgruppenspezifische (Wohn-)Angebote.

- *Fachkräftebedarf*: Eine der wichtigsten Herausforderungen, die sich auch aus der demographischen Entwicklung ergibt: Markante Erhöhung der Lebenserwartung seit den 1960er Jahren in allen europäischen Ländern, verbunden mit einem starken Rückgang der Geburtenrate.

Bedürfnisse und Strategie Langzeitpflege Uri

Die ältere Bevölkerung im Kanton Uri soll möglichst lang ein selbständiges und selbstbestimmtes Wohnen und Leben führen können. Sechs strategische Stossrichtungen wie z.B. «Stationär halten und differenzieren», «Intermediär ausbauen» oder «Beratung / Koordination schaffen» (Kap. 7.2) sollen helfen, die diesbezügliche Zielerreichung zu strukturieren. Zu diesen Stossrichtungen wurden Handlungsfelder (Tabelle 5, S. 20) und Massnahmen (Anhang 10.3) abgeleitet und priorisiert. Die Projektion der Leistungsmengen und der Beiträge Kanton und Gemeinden wurde für ein «Nullszenario» (Kap. 4.6) und ein «Sollszenario» (Kap. 7.3) gerechnet. Der Bedarf im «Sollszenario» geht per 2040 von rund 615 stationären Plätzen (davon 14 für Kurzaufenthalte) sowie rund 189 Plätzen im Betreuten Wohnen aus. Die Beiträge für Kanton und Gemeinden werden durch die demographische Entwicklung aber auch durch nichtdemographische Kostentreiber bis 2040 voraussichtlich massiv ansteigen. Die konsequente Umsetzung der strategischen Stossrichtungen im Rahmen einer integrierten Versorgung soll helfen, diesen Kostenanstieg zu bremsen (Beiträge Kanton und Gemeinden im «Nullszenario» 2040: CHF 52.9 Mio. gegenüber «Sollszenario» 2040: CHF 41.7 Mio.).

Künftige Zuständigkeiten Langzeitpflege im Kanton Uri

- *Integrierte Versorgung in der Praxis*: Grundlage ist eine konzeptionelle Basis mit einer Strategie. Am Anfang der Versorgungskette steht Beratung mit möglichst früher Erfassung und massgeschneiderten individuellen Lösungen. Die Leistungserbringung erfolgt über das ganze Unternehmen durchgängig koordiniert (in Einzelfällen mit Case Management). Das ist am wirksamsten umzusetzen, wenn die verschiedenen Leistungsbereiche Teil des gleichen Unternehmens sind.
- *Varianten und ihre Bewertung (Kap. 8.2)*: Um die Versorgungskette in der Langzeitpflege optimal zu gestalten, spielt es weniger eine Rolle, ob Kanton oder Gemeinden diese Verantwortung tragen, sondern dass die Vergabe und die Finanzierung von Leistungsaufträgen für ambulante, intermediäre und stationäre Dienstleistungen entsprechend koordiniert sind (bis hin zu «alles aus einer Hand») und Interessenskonflikte und Koordinationsaufwand aufgrund von unterschiedlichen Zuständigkeiten möglichst minimiert werden. Zudem sollen die Kosten- und Entscheidungsträger deckungsgleich sein, sodass fiskalische Äquivalenz («Wer zahlt, befiehlt – wer befiehlt, zahlt») erreicht wird. Im Rahmen des Projekts wurden als Alternativen zum Status Quo acht Varianten der Zuständigkeit erarbeitet und in einer Nutzwertanalyse vergleichend bewertet, Ergebnis siehe Abbildung 2 (S. 24). Die drei Varianten, welche die Kombination von Zuständigkeit und Trägerschaft vorsehen (V2b



Zuständigkeit und Trägerschaft **beim Kanton**, V4b Zuständigkeit und Trägerschaft **bei einem Verbund der Gemeinden**, V6 Zuständigkeit und Trägerschaft **bei einem paritätischen Verbund von Kanton und Gemeinden**), wurden priorisiert. Nur diese drei Varianten erlauben das Erreichen des Projektziels einer sorgfältig abgestimmten und damit integrierten Versorgung aus einer Hand. Die Eckwerte zu diesen drei Varianten sind im Anhang 10.4 beschrieben. Dabei fand bei den Projektteilnehmenden die «V6 Verbund Kanton und Gemeinden» in paritätischer Führung am meisten Zustimmung.

- *Finanzierungsgefässe und Ausgleichsmechanismen (Kap. 8.5):* Ein Ausgleich über den «Finanz- und Lastenausgleich (FiLa)» wird wegen der zu erwartenden Grössenordnung als nicht praktikabel erachtet, weshalb ein allfälliger Ausgleich zwischen Kanton und Gemeinden über die Steueraufteilung erfolgen müsste. Bleibt es jedoch beim Entscheid für «V6 Verbund Kanton und Gemeinden» mit paritätischer Aufteilung, ist dies aufgrund des derzeitigen Verhältnisses der Kosten zwischen Kanton und Gemeinden (Stand 2022: je 50 %-Anteil) nicht relevant.

Empfehlungen der Steuergruppe

- *Variante Zuständigkeiten:* Die aktuelle Situation im Langzeitbereich im Kanton Uri ist für die Unterstützung des «Oberziels» der Bevölkerung zumindest nicht förderlich: Unterschiedliche Zuständigkeiten ambulant – stationär, starke Betonung des stationären Sektors, Lücken beim Angebot oder kaum strukturierte sektorübergreifende Zusammenarbeit. Allerdings ist die Umsetzung der genannten Unterstützung für das «Oberziel» äusserst komplex. Der Schlüssel liegt in einer einheitlichen Kombination von Zuständigkeit und Trägerschaft. Sie erlaubt den Aufbau eines Unternehmens der integrierten Versorgung im Langzeitbereich. Für die Umsetzung empfiehlt die Steuergruppe die Variante 6 «Gemeinsamer Verbund Gemeinden / Kanton mit Zuständigkeit und Trägerschaft»
- *Weiteres Vorgehen:* In einem Folgeprojekt (siehe Kap. 9.2) ab Mai 2024 sollen einerseits das Detailkonzept für die neue Trägerschaft und andererseits jene Massnahmen weiterentwickelt werden, die rasch umgesetzt werden müssen. Der Gesetzgebungsprozess soll dabei parallel erfolgen. Die Projektorganisation (Kap. 9.2.2) soll dabei analog jener zum vorliegenden Projekt strukturiert werden. Der Zeitplan (Kap. 9.2.3) sieht eine Urnenabstimmung ca. im Juni 2027 vor.
- *Projektkosten:* Eine erste Schätzung der Kosten für die externe Projektleitung und -begleitung ergibt rund CHF 200'000 (Kostengenauigkeit +/- 20 %), wovon der überwiegende Anteil auf das Projekt «Trägerschaft» fällt. Diese Kosten sollen – wie beim vorliegenden Projekt – paritätisch vom Kanton und den Urner Gemeinden übernommen werden.



2 Anlass zum Projekt

Im Kanton Uri sind die Zuständigkeiten für ambulante und stationäre Langzeitpflege aufgeteilt. Diese Aufteilung erschwert jedoch die Planung, Steuerung und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Institutionen sowie die Realisierung von zukunftsgerichteten integrierten Versorgungsmodellen.

Im Rahmen eines Projekts zur Anpassung des kantonalen Finanz- und Lastenausgleichs wurde erkannt, dass die zukünftige Aufgabenteilung in der Langzeitpflege gemeinsam von Kanton und Gemeinden in einem separaten Projekt überprüft werden soll. Das Ziel dieses Projekts ist es, verschiedene Varianten für die Neuorganisation der Langzeitpflege zu prüfen, Empfehlungen für die Wahl eines Modells zu geben und die Umsetzung zu skizzieren. Dabei sollen auch die Aufgaben und Kompetenzen der verschiedenen Akteure (Kanton, Gemeinden, Leistungserbringer) sowie die daraus resultierenden Konsequenzen dargestellt werden.

Am 24. September 2014 reichte Landrätin Marlies Rieder ein Postulat² zur aktuellen Situation der Pflegebetten im Kanton Uri und zur Zukunft der Alterspflege im Kanton Uri ein. Mit dem vorliegenden Bericht soll dem Anliegen des Postulats Rieder Rechnung getragen werden. Zudem reichte am 28. September 2022 Landrätin Nora Sommer, Altdorf, eine Interpellation³ zu Palliative Care im Kanton Uri ein. Im vorliegenden Bericht werden einzelne Massnahmen aufgeführt und zur Umsetzung empfohlen, die auch in der Interpellationsbeantwortung enthalten sind.

3 Auftrag

Ziele

Entwicklung und Bewertung von Modellen / Varianten für die Neuorganisation der Langzeitpflege im Kanton Uri, mit Empfehlungen zur Variantenwahl und zur Umsetzung. Bei den Modellen / Varianten soll aufgezeigt werden, welche Aufgaben und Kompetenzen die verschiedenen Akteure (Kanton, Gemeinden, Leistungserbringer) haben werden und welche Konsequenzen sich daraus ergeben. Bei der Entwicklung der Modelle / Varianten sind als Eckpunkte die integrierte und koordinierte Langzeitpflegeversorgung (alles aus «einer Hand») sowie die Grundsätze / Regeln der fiskalischen Äquivalenz und Subsidiarität zu berücksichtigen.

Projektorganisation

Auftraggeber des Projekts sind der Kanton Uri und alle Urner Gemeinden. Die Projektsteuerung wurde durch Steuergruppe, bestehend aus zwei Vertreter:innen des Gemeindeverbands und den zwei Regierungsräten der Gesundheits-, Sozial- und Umwelt- sowie der Finanzdirektion. Die Projekt-, Fach- und Teilprojektgruppe Finanzen waren breit abgestützt mit Vertreter:innen von Gemeinden, Kanton und Institutionen. Die Modelle wurden partizipativ erarbeitet.

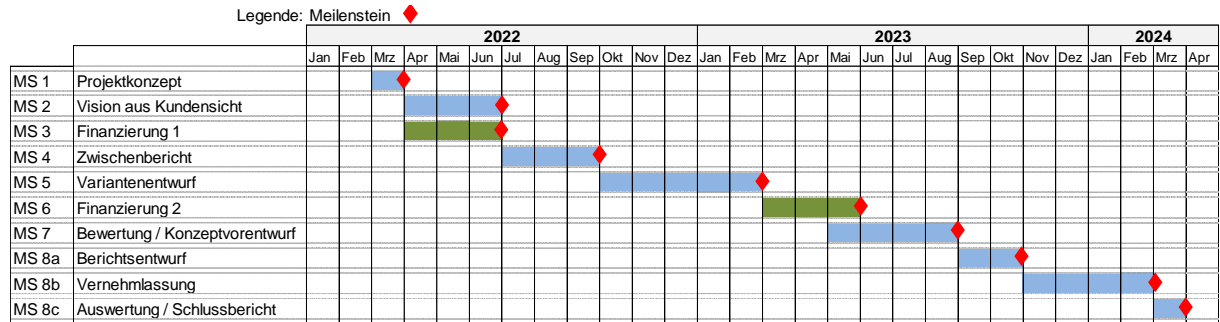
² <https://www.ur.ch/politbusiness/21527>

³ <https://www.ur.ch/politbusiness/95282>



Projekttablauf

Das Projekt mit den 8 Meilensteinen wurde im März 2022 gestartet und endet nach der Vernehmlassung im Frühjahr 2024.



4 Ist-Analyse Langzeitpflege im Kanton Uri

4.1 Zuständigkeiten

- **Ambulante Langzeitpflege:** Die Zuständigkeit liegt diesbezüglich beim Kanton Uri. Der Verein "Spitex Uri" ist die einzige Organisation, die die ambulante LZP durch eine Leistungsvereinbarung vom Kanton übertragen erhält. Private Spitexorganisationen und selbständige Pflegefachpersonen können ihre Leistungen nach KLV abrechnen, haben jedoch keine Leistungsvereinbarungen.
- **Stationär:** Die Gemeinden sind diesbezüglich zuständig und übertragen die stationäre LZP durch eine Leistungsvereinbarung an lokale, gemeinnützige Pflegeheime im Kanton. Es gibt keine privaten (gewinnorientierten) Pflegeheime im Kanton. Der Kanton ist für die Betriebsbewilligung und Aufsicht zuständig und plant das Angebot in der stationären LZP über die Pflegeheimliste. Die Gemeinden haben mit dem Kantonsspital Uri (KSUR) einen separaten Leistungsauftrag abgeschlossen für schwerpflegebedürftige Personen, die in keinem APH in Uri gepflegt werden können, sowie für sogenannte «Wartepatient:innen», bei denen die Verlegung in ein APH mangels verfügbarem Bettenangebot nicht möglich ist.

Tabelle 1: Übersicht Zuständigkeiten Langzeitpflege Kanton Uri

Legende: ○ Kanton • Gemeinden

Bereich	Was	Zuständig
Ambulante Leistungen	Wer schliesst Leistungsvereinbarung mit Versorgungsauftrag ab?	○
	Wer legt Pflorgetarife fest?	○
	Wer finanziert Pflegerestkosten?	○
Stationäre Leistungen	Wer legt Bettenplanung KVG fest?	○



Bereich	Was	Zuständig
	Wer erteilt Betriebsbewilligung?	○
	Wer schliesst Leistungsvereinbarung ab?	•
	Wer legt Pflorgetarife fest?	•
	Wer finanziert Pflegerestkosten?	•
Ergänzungsleistungen	Wer trägt EL-Kosten?	○
Beratung / Prävention		○

Quelle: angelehnt an Cosandey, J., 2016a, Eigene Darstellung

4.2 Organisation und Angebot

- *Stationäre Langzeitpflege*: Aktuell gibt es neun Pflegeheime mit insgesamt 551 Plätzen zuzüglich 15 «Notbetten». Zudem gibt es einen Platz im Hospiz Zentralschweiz (Luzern) für Palliative Care. Die Auslastung war bei der Mehrheit der Heime in den letzten 10 Jahren über 97 % und ist auch aktuell sehr hoch. Der Anteil an nicht oder leicht pflegebedürftigen Personen ist ebenfalls vergleichsweise hoch. Wie auch in anderen Kantonen lässt sich eine Verlagerung von stationär zu ambulant über alle Pflegestufen feststellen. Die Versorgung mit stationären Pflegeplätzen ist im interkantonalen Vergleich sehr hoch.
- *Akut- und Übergangspflege (AÜP)*: Seitdem das Kantonsspital Uri keine Akut- und Übergangspflege mehr anbietet, besteht diesbezüglich kein Angebot mehr.
- *Ambulante Langzeitpflege und Hilfe zu Hause*: Trotz starker Steigerung in den letzten 10 Jahren ist die Inanspruchnahme von Spitexleistungen im Kanton Uri im interkantonalen Vergleich sehr tief. Auch wenn dahinter möglicherweise auch kulturelle Gründe eine Rolle spielen⁴, dürfte hier noch ein beträchtliches Potenzial bestehen. Der Marktanteil der Spitex Uri betrug 2021 88 %. Aufgrund des Versorgungsauftrags und der Aufnahmepflicht für den ganzen Kanton sowie der Grösse und Topographie wird die Spitex Uri auch weiterhin eine starke Stellung innehaben.
- *Intermediäre Angebote*: Hier besteht im Kanton Uri grosser Nachholbedarf. Zwar gibt es ein (einziges) Tagesheim, aber Nachtaufenthalte werden im Kanton nicht angeboten. Insbesondere aber gibt es im Kanton kein Angebot Betreuten Wohnens mit 24 Stunden Präsenz bzw. Verfügbarkeit von Pflege und Betreuung (Kat. B nach Curaviva, siehe Anhang 10.2). Alle Pflegeheime bieten Kurzaufenthalte an, jedoch zumeist abhängig von freien Plätzen für unbefristete Aufenthalte. Speziell für Kurzaufenthalte reservierte Betten gibt es im Kanton Uri nicht.
- *Beratungsstellen*: Die Pro Senectute Uri leitet die Fachstelle für Altersfragen und bietet Sozialberatung für ältere Menschen und deren Angehörige sowie einen Treuhanddienst an. Die Alzheimervereinigung Kanton Uri leitet die Demenzfachstelle Uri im Auftrag des Kantons Uri und der Urner Gemeinden.

⁴ z.B. Zurückhaltung beim Annehmen externer Hilfe, mehr Unterstützung vom Umfeld, Präferenz für stationäre Lösungen, z.T. auch aus topographischen Gründen (Bergkanton, abgelegene Häuser)



- **Gesundheitsförderung:** Die Gesundheitsförderung Uri bietet mit dem Aktionsprogramm «Gesund ins Alter» spezifische Massnahmen, Projekte und Dienstleistungen an. Der Prävention ist im System der Langzeitpflege künftig noch mehr Bedeutung beizumessen.
- **Weitere Angebote:** Die Mahlzeitendienste von Pro Senectute und der Spitex Uri liefern knapp 20'000 Mahlzeiten jährlich aus. Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK), Kantonalverband Uri bietet Entlastung und Unterstützung für pflegende und betreuende Angehörige sowie für Angehörige von Menschen mit Demenz. Ebenso bieten kirchliche und andere Institutionen zahlreiche Angebote im Bereich Betreuung, Freizeit, Beratung und Hilfe an.

4.3 Kosten und Beiträge

In Jahr 2022 betragen die Beiträge der Gemeinden und des Kantons zusammen CHF 18.9 Mio., seit 2011 sind die Beiträge gesamt um CHF 4.15 Mio. gestiegen.

Tabelle 2: Beiträge Kanton und Gemeinden 2011 – 2022 in TCHF

Kategorie	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
STATIONÄRE LANGZEITPFLEGE	12'133	11'749	12'361	13'726	13'108	12'550	12'625	12'943	13'616	13'729	14'178	14'997
Gemeinden: Beitrag an Pflegerestkosten	5'870	5'676	5'578	5'946	5'583	5'691	5'597	5'645	5'771	5'527	9'073	9'502
Kanton: Beitrag an Pflegerestkosten*	2'352	2'399	2'419	2'604	2'565	2'598	2'546	2'589	2'667	2'620	0	0
Kanton: Kompensation Pflegerestkosten Kanton über Globalbilanzausgleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2'580	2'580
Kanton: heimbedingte Mehrkosten EL	3'911	3'673	4'364	5'177	4'961	4'262	4'482	4'709	5'178	5'583	5'105	5'495
davon Gemeinden in % Total	48%	48%	45%	43%	43%	45%	44%	44%	42%	40%	64%	63%
davon Kanton in % Total	52%	52%	55%	57%	57%	55%	56%	56%	58%	60%	36%	37%
AMBULANTE LANGZEITPFLEGE UND HILFE ZU HAUSE	2'353	2'581	2'389	2'449	2'741	3'139	3'033	2'919	2'924	3'073	3'112	3'469
Kanton: Beitrag KLV- und HW-Leistungen	2'353	2'581	2'242	2'292	2'550	2'898	2'703	2'643	2'638	2'782	2'844	3'191
Kanton: EL Krankheitskosten zu Hause			147	157	191	240	330	277	285	291	268	277
INTERMEDIÄRE ANGEBOTE	146	156	116	112	131	140	137	139	122	122	129	108
Kanton: Beitrag Tagesheim	146	156	116	112	131	140	137	139	122	122	129	108
WEITERE ANGEBOTE	165	180	172	155	151	188	283	273	274	312	338	352
Gemeinde: Beiträge weitere Angebote	0	0	0	0	0	0	0	0	17	17	17	17
Kanton: Beiträge weitere Angebote	165	180	172	155	151	188	283	273	257	295	321	335
TOTAL	14'797	14'666	15'037	16'442	16'130	16'017	16'078	16'275	16'935	17'236	17'757	18'925
davon Gemeinden	5'870	5'676	5'578	5'946	5'583	5'691	5'597	5'645	5'787	5'544	9'090	9'518
davon Kanton	8'927	8'989	9'460	10'496	10'548	10'327	10'480	10'630	11'148	11'693	8'667	9'407
davon Gemeinden in % Total	40%	39%	37%	36%	35%	36%	35%	35%	34%	32%	51%	50%
davon Kanton in % Total	60%	61%	63%	64%	65%	64%	65%	65%	66%	68%	49%	50%

Quelle: Kanton Uri (Eigene Darstellung)

[100-01_06_Nachname_2023 05-12 ESCA-143]Übersicht Kosten Gem., Kt.

* ab 2021 keine direkte Zahlung Pflegerestkosten Kanton an Gemeinden sondern Kompensation über FILA; wird ab 2021 nicht mehr als Anteil Kanton an Pflegerestkosten dargestellt und auch bei der Prozentaufteilung Kosten Kanton / Gemeinde nicht eingerechnet.

- **Stationäre Langzeitpflege:** Die Gesamtkosten der APH betragen 2021 CHF 49.5 Mio. Diese werden finanziert durch Klient:innen, Krankenversicherern, dem Kanton und den Gemeinden. Der Beitrag der Klient:innen wie auch der Krankenversicherer an die KVG-pflichtige Pflege ist von Bundesgesetz wegen begrenzt. Bei entsprechendem Anspruch auf EL trägt der Kanton den Selbstbehalt Pflege. Die Pflegerestkosten werden seit 2021 –



ganz im Sinne fiskalischer Äquivalenz – von den zuständigen Gemeinden übernommen⁵. Die Pensions- und Betreuungskosten machen einen grossen Teil der Kosten der stationären Langzeitpflege aus und werden von den Klient:innen selbst bezahlt. Bezieht ein/e Klient:in EL, so trägt der Kanton die Pensions- und Betreuungskosten mittels EL, wobei der Kanton lediglich die sogenannten heimbedingten Mehrkosten trägt.

- *Ambulante Langzeitpflege und Hilfe zu Hause*: Die Gesamtkosten aller Leistungserbringer für ambulante KLV- und hauswirtschaftlichen Leistungen betragen im Jahr 2021 CHF 7.2 Mio. Diese werden finanziert durch Klient:innen, Krankenversicherer und Kanton. Der Beitrag der Klient:innen wie auch der Krankenversicherer an die KVG-pflichtige Pflege ist von Bundesgesetz wegen begrenzt. Bei entsprechendem Anspruch auf EL trägt der Kanton den Selbstbehalt Pflege. Die Pflegerestkosten übernimmt der Kanton. Die Pflegerestkosten nahmen aufgrund der zunehmenden Komplexität der Pflegesituationen absolut aber auch pro KLV-Stunde in den letzten Jahren zu und steigen stärker als die KLV-Stunden. Im Rahmen der Programmvereinbarung mit der Spitex Uri finanziert der Kanton die hauswirtschaftlichen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen für den Versorgungsauftrag.
- *Akut- und Übergangspflege (AÜP)*: Die Finanzierung ist gemäss den Vorgaben der Spitalfinanzierung (Art. 25a Abs. 2 KVG) geregelt. Klient:innen im Pflegeheim müssen selbst für die Kosten für Betreuung und Hotellerie aufkommen. AÜP wird im Kanton Uri kaum verordnet und daher nicht angeboten.
- *Tagesheim*: Der Kanton finanziert die ungedeckten Kosten des Tagesheims.
- *Betreutes Wohnen / Alterswohnungen*: Die Gemeinden leisten keine spezifischen Beiträge an Bewohner:innen von Alterswohnungen bzw. Betreutes Wohnen. Davon ausgenommen sind Investitionen in gemeindeeigene Wohnangebote im Bereich Alterswohnen (z.B. Gemeinden Erstfeld und Spiringen).
- *Weitere Angebote*: Der Kanton finanziert den Mahlzeiten- und den Entlastungsdienst für Angehörige. Ebenso finanziert der Kanton das kantonale Aktionsprogramm «Gesund ins Alter» der Gesundheitsförderung Uri sowie die Umsetzung der Aktionspläne Demenz und Palliative Care. Gemeinden und Kanton finanzieren Fachstelle für Altersfragen der Pro Senectute und die Demenzfachstelle Uri. Die Gemeinden finanzieren zudem Alterskommissionen, Seniorenausflüge und andere Aktivierungsprogramme.

4.4 Finanzielle Fehlanreize / Systemmängel

Im Projekt wurden folgende potenzielle Probleme im aktuellen Finanzierungssystem der Langzeitpflege im Kanton Uri identifiziert:

- *Ergänzungsleistungen*: Die Heime können theoretisch die Höhe der anrechenbaren Höchsttaxe für Ergänzungsleistungen beeinflussen, indem sie ihre Pensionsgebühren

⁵ Bis 2020 erstattete der Kanton den Gemeinden 30 % der Pflegerestkosten direkt, was der fiskalischen Äquivalenz widersprach. Im Rahmen der Überarbeitung der gesamten Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden wurde diese Abgeltung aufgehoben. Die gesamten Be- und Entlastungen zwischen Kanton und Gemeinden werden ab dem 1.1.2021 mittels eines Globalbilanzausgleichs abgegolten.



festlegen. Allerdings stehen die Heime in einem gewissen Wettbewerb zueinander, was diesen Mechanismus abschwächt.

- *Finanzierung Betreuung:* Da die Betreuung zu Hause bislang nicht durch Ergänzungsleistungen abgedeckt wird, besteht ein Anreiz für finanziell schwache Personen, frühzeitig in ein Pflegeheim zu ziehen.
- *Quersubventionierung:* Wenn ungedeckte Pflegerestkosten anfallen, müssen diese von den Gemeinden übernommen werden. Dies könnte dazu führen, dass Betreuung und Pension über die Pflegerestkosten quersubventioniert werden.
- *Wohnsitzregelung:* Gemeinden, die Betreutes Wohnen fördern und auch Personen mit Wohnsitz ausserhalb der Gemeinde aufnehmen, müssten bei einem Eintritt ins Pflegeheim die Pflegerestkosten für diese Personen tragen, abhängig von ihrer Aufenthaltsdauer im Betreuten Wohnen.
- *Pflegende Angehörige:* Je nach Bereitschaft oder Möglichkeit der Angehörigen (finanziell, zeitlich usw.) erfolgen Heimeintritte möglicherweise früher als nötig. Ein Vorschlag für einen pauschalen Steuerabzug von CHF 5'000 für pflegende Angehörige im Kanton Uri wurde gegen die Empfehlung des Regierungsrats als relevant erklärt.

4.5 Strukturelle Herausforderungen

Im Projekt wurden Themen in der Langzeitpflege im Kanton Uri identifiziert, die im Rahmen zukünftiger Massnahmen bzw. Varianten überprüft werden sollten:

- *Zuständigkeiten und Steuerung:* Die unterschiedlichen Zuständigkeiten für ambulant und stationär bremsen eine bereichsübergreifende Entwicklung und sind nicht optimal, um künftige Bedürfnisse und das «Oberziel» der Bevölkerung («Möglichst lange selbstbestimmt wohnen») zu decken. Es gibt keine Steuerung, Koordination oder Planung der verschiedenen Leistungserbringer und der Leistungen (wer bietet was an). Mit der Weiterentwicklung Langzeitpflege sollte der Schwerpunkt darin liegen, der Bevölkerung die Verwirklichung des «Oberziels» zu ermöglichen.
- *Beratung und Koordination:* Es fehlt eine zentrale Anlauf- und Beratungsstelle, die gerontologisch-pflegerisch unterstützt, Abklärungen vornimmt und mithilft, massgeschneiderte Angebote zu finden.
- *Betreutes Wohnen:* Es gibt kein Betreutes Wohnen mit 24 Stunden Präsenz bzw. Verfügbarkeit von Pflege und Betreuung.
- *Zusammenarbeit:* Optimierungspotential in der Zusammenarbeit Spitex und Pflegeheime gäbe es durch eine dem Heimeintritt vorgelagerte Prüfung der Pflegestufen sowie durch Standardisierung der Abläufe bei Übertritten ambulant zu stationär wie auch umgekehrt. Die Pflegeheime könnten durch die Schaffung eines Mitarbeiterpools oder durch engere Zusammenarbeit im Bereich Services (Einkauf, Personalwesen, IT u.ä.) profitieren.
- *Anzahl Heime:* Für rund 37'000 Einwohner:innen gibt es neun Pflegeheime. Vergleichbare Kantone, wie GL, NW oder OW haben im Verhältnis weniger APH.
- *Fachgremium:* Es gibt kein beratendes Fachgremium wie z.B. eine kantonale Alterskommission.



4.6 Voraussichtliche Entwicklung «Nullszenario»

Die Projektgruppe hat entsprechende Annahmen getroffen, wie sich die Beiträge für die Langzeitpflege von Seite Kanton und Gemeinden entwickeln, wenn keine zusätzlichen Massnahmen im Bereich Langzeitpflege getroffen werden und die Steuerung der Angebote im Bereich der Langzeitpflege im Kanton Uri unverändert bleibt («Nullszenario»):

- *Projektion Leistungsmengen:* Die Mengenausweitung ergibt sich stationär und ambulant durch die demographische Entwicklung. Zudem steigt durch den «Shift ambulant» die Nachfrage nach ambulanten Leistungen: Die KLV-Stunden neben bis 2040 gegenüber um 68 % und die hauswirtschaftlichen Stunden um 103 % zu. Der Bedarf stationär wird für 2040 auf 683 Pflegebetten geschätzt (+ 24 % bzw. 132⁶ Betten gegenüber heute). Zu beachten ist, dass die Genauigkeit von Prognosen und Annahmen mit der Dauer des Planungshorizonts abnimmt.

Tabelle 3: Projektion Leistungsmengen «Nullszenario» 2030 bis 2040

Kategorie	2030	2035	2040
	Prognose	Prognose	Prognose
Bevölkerung 65+ Kanton Uri	9'690	10'305	10'497
Veränderung zu 2020	24.8%	32.7%	35.2%
Nullszenario Bedarf Pflegebetten	568	645	683
Veränderung zu 2020	2.9%	16.8%	23.7%
KLV-Stunden ambulant	56'319	62'679	71'387
Veränderung zu 2020	32.3%	47.3%	67.7%
HWL-Stunden ambulant	16'422	19'052	23'704
Veränderung zu 2020	40.4%	62.9%	102.7%
Tage Tagesheim	1'809	1'924	1'960
Tage Tagesheim	1'809	1'924	1'960
Veränderung zu 2020	24.8%	32.7%	35.2%

[100-01_06_Fin Auswirk NullVar + SolVar_2023 09 30 ESCARW.xls]Extrapol_NullScen

Projektion Kosten: Neben der demographischen Entwicklung gibt es zahlreiche andere Kostentreiber wie beispielsweise Inflation, steigende Personalkosten (Umsetzung Pflegeinitiative, Fachkräftemangel), steigende heimbedingte Mehrkosten in der EL sowie steigende Pflegerestkosten durch höhere Pflegebedürftigkeit. Berücksichtigt man nebst den demographischen Einflüssen ab 2025 eine jährliche Kostensteigerung von 4 % (bei den «weiteren Angeboten» lediglich 2 %), so resultiert bis 2030 eine Steigerung von rund 70 % bzw. bis 2040 von rund 207 %. Selbst bei einer optimistischeren nichtdemographischen Kostensteigerung von 2 % pro Jahr ab 2025 bis 2040 ergibt sich eine Kostensteigerung gegenüber 2020 von 130 % (Kosten 2040: CHF 39.6 Mio.).

⁶ Die 15 Notbetten wurden nicht eingerechnet.



Tabelle 4: «Nullszenario» Beiträge Kanton und Gemeinden in TCHF 2030 bis 2040

Kategorie	2030	2035	2040
	Prognose	Prognose	Prognose
STATIONÄRE LANGZEITPFLEGE	23'496	32'459	41'822
Gemeinden: Beitrag an Pflegerestkosten	15'894	21'958	28'291
Kanton: heimbedingte Mehrkosten EL	7'601	10'501	13'530
Zwischentotal	23'496	32'459	41'822
AMBULANTE LANGZEITPFLEGE UND HILFE ZU HAUSE	5'434	7'348	10'227
Kanton: Beitrag KLV- und HW-Leistungen	5'093	6'933	9'723
Kanton: EL Krankheitskosten zu Hause	341	414	504
INTERMEDIÄRE ANGEBOTE	220	285	353
Kanton: Beitrag Tagesheim	220	285	353
WEITERE ANGEBOTE	389	429	474
Gemeinde: Beiträge weitere Angebote	19	21	23
Kanton: Beiträge weitere Angebote	370	409	451
TOTAL	29'538	40'521	52'875
Veränderung zu 2020	71%	135%	207%
davon Gemeinden	15'913	21'978	28'314
davon Kanton	13'626	18'542	24'561
<i>davon Gemeinden in % Total</i>	<i>54%</i>	<i>54%</i>	<i>54%</i>
<i>davon Kanton in % Total</i>	<i>46%</i>	<i>46%</i>	<i>46%</i>

[100-01_06_Fin Auswirk NullVar + SollVar_2023 09 30 ESCARW.xlsx|Extrapol_SollSzenKosten

5 Marktentwicklung

5.1 Demographische Entwicklung Kanton Uri

Die Anzahl der Menschen 65+ wird bis 2040 um 41 % im Vergleich zu 2018 steigen, bei den über 80-Jährigen beträgt der Anstieg sogar 82 % (Obsan, 2020). Ab 2030 wird mit einem langsameren Wachstum oder sogar einem Rückgang der Altersgruppe 65+ gerechnet. Der Altersquotient, also das Verhältnis von Rentnern zu erwerbstätigen Personen, wird von 34 % im Jahr 2018 (Schweiz: 30 %) auf 51 % (Schweiz: 43,6 %) im Jahr 2040 steigen.

5.2 Trends

- *Politisch-ökonomisch:* Eine erneute Gesetzesanpassung soll EL-Bezüglern den Zugang zu Angeboten des Betreuten Wohnens erleichtern, während die «Einheitliche Finanzierung Ambulant-Stationär» (EFAS) langfristig Fehlanreize zugunsten stationärer Leistungen eliminieren soll. Es ist davon auszugehen, dass beide Reformen zusammen die Nachfrage nach intermediären Angeboten fördern werden.
- *Medizinisch-technologisch:* «Smart Home» und «Ambient Assisted Living» werden das selbständige Wohnen erleichtern, aber auch im stationären Bereich unterstützen.
- *Demenz:* Während die zunehmende Lebenserwartung vielen älteren Menschen zusätzliche Jahre eines weitgehend gesunden Rentenalters ermöglicht, wird ein Teil von demenziellen Erkrankungen beeinträchtigt. Diese haben auch für das Umfeld und die Langzeit-



pflege grosse Auswirkungen. Im Kanton Uri dürfte die Anzahl Personen mit Demenz zwischen 2020 und 2040 von gut 600 auf über 1'000 zunehmen (+ rund 60 %) (Alzheimer Europe Report, 2020). Allerdings heisst dies nicht zwingend, dass die Anzahl Plätze in geschützten Demenzabteilungen in gleichem Mass ausgebaut werden muss. Zudem setzt der Fachkräftemangel entsprechende Limitationen.

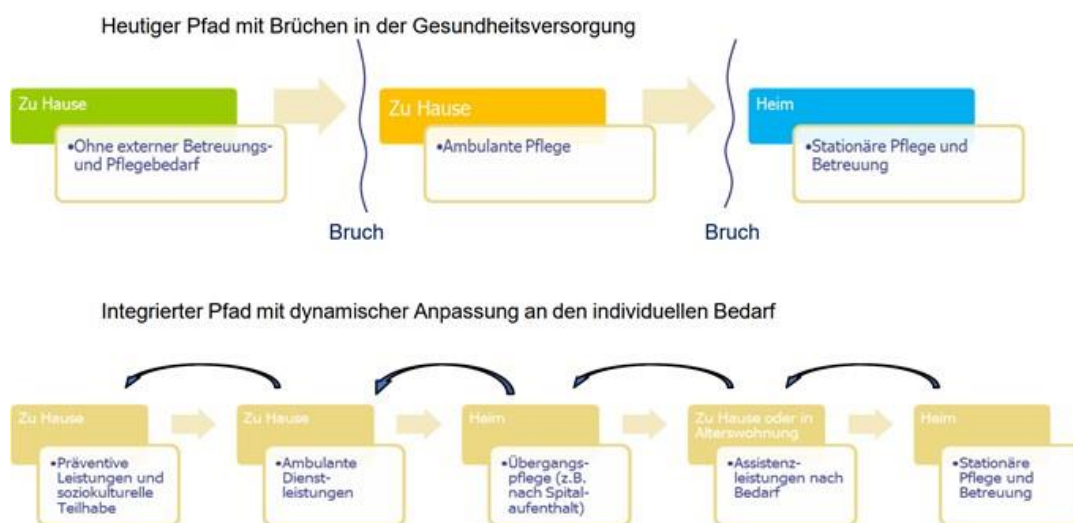
- *Fachpersonalbedarf:* Aufgrund des demografischen Wandels trifft der Fachpersonal-mangel das Gesundheitswesen besonders hart. Da der Fachpersonal-mangel jedoch nicht nur die Langzeitpflege betrifft, weit über den Rahmen des vorliegenden Projekts hinausgeht und in anderen Projekten bearbeitet wird, soll auf diesen im Folgenden nicht vertieft eingegangen werden.

5.3 Integrierte Versorgung

Definition

Integrierte Versorgung heisst Vernetzung in der Gesundheitsversorgung mit dem Ziel, die Behandlung und Betreuung von Patienten über den ganzen Behandlungspfad optimal zu koordinieren und durchlässig zu gestalten. Im Kern geht es um die Integration ambulanter und stationärer Angebote, zunehmend ergänzt um Beratung / Begleitung, Wohnen, Akutmedizin usw.

Abbildung 1: Kundenpfad in der Gesundheitsversorgung (vereinfacht dargestellt)



Quelle: Stadtrat Luzern, 2021, S. 70, leicht angepasst

Seit den 90er Jahren wurden in der Schweiz im Langzeitbereich diverse integrierte Versorgungsinitiativen implementiert wie Stiftung RaJoVita in Rapperswil-Jona, die Thurvita AG in Wil SG oder das laufende Projekt der Stadt Luzern (Stadtrat Luzern, 2021).



Integrierte Versorgung in der Langzeitpflege in der Praxis

Mögliche Gestaltungen (eigene Zusammenstellung aus konkreten Beispielen):

- *Konzeptionelle Basis*: Eine Altersstrategie der Gemeinden / des Kantons als übergeordneter Rahmen ist hilfreich; sie wird in einer Unternehmensstrategie konkretisiert.
- *Beispiele für (zielgruppenorientierte) Leistungen und Instrumente*
 - o Beratung: Möglichst frühe Erfassung von (potenziellen) Zielkunden, bei Bedarf massgeschneiderte Unterstützung und Leistungspakete empfehlen
 - o Präventive Hausbesuche
 - o Gesundheitsvorsorge (sektorenübergreifend)
 - o Wohnformen, insbesondere Betreutes Wohnen Kat. B nach Curaviva
 - o Ambulante und stationäre Betreuung und Pflege
 - o Kurzeitaufenthalte für verschiedene Zielsetzungen (stets verfügbar)
- *Sektorenübergreifende Prozesse*: Definierte Abläufe, gemeinsame ICT-Plattform und bei Bedarf interdisziplinäre Fallbesprechungen sowie Koordination / Case Management
- *Kooperation statt Integration?* Integrierte Versorgung kann auf vielfältige Weise umgesetzt werden, funktioniert aber am effizientesten, wenn die verschiedenen Versorgungsstufen und Leistungen innerhalb eines Unternehmens erbracht werden. Das Weisungsrecht erlaubt die Definition verbindlicher Prozesse und eine einheitliche ICT. Demgegenüber sind Modelle informeller oder vertraglicher Kooperation unterschiedlicher Unternehmen meist stark personenabhängig.

6 Bedürfnisse und angebotsspezifische Zielgruppen

Lebensalter und Altersphasen

Immer mehr Menschen sehen das Altern als eine Phase, die sie selbst gestalten können (vgl. Höpflinger, 2020, S. 7). Auch im höheren Alter möchten sie so unabhängig wie möglich leben. Beratungs-, Betreuungs-, Wohn- und Pflegeangebote sollten die Bedürfnisse der älteren Menschen in den verschiedenen Phasen des Alterns berücksichtigen:

- In der ersten Altersphase, die als "Noch erwerbstätige Senioren" bezeichnet wird, beschäftigen sich Menschen im Alter von 50+ mit dem Übergang in die nachberufliche Phase. Viele überprüfen dabei ihre Lebens- und Wohnsituation.
- In der zweiten Altersphase, dem "Gesunden Rentenalter", haben Menschen oft lange Zeit ohne Behinderungen dank Altersvorsorge, einer aktiven Lebensführung und moderner Medizin. Sie gestalten diese Phase autonom nach ihren eigenen Bedürfnissen.
- Die dritte Altersphase wird als "Lebensphase verstärkter Fragilisierung (frailty)" bezeichnet, es treten zunehmend gesundheitliche Beschwerden und funktionale Einschränkungen in den Bereichen Hören, Sehen, Gehen und Sturzrisiko auf. Eine selbständige Lebensführung ist mit Unterstützung oft noch möglich. Intermediäre Wohnformen können helfen, selbständiges Wohnen zu unterstützen.
- In der vierten Altersphase steigt das Risiko der "Pflegebedürftigkeit", oft in Kombination mit Multimorbidität. Die Abhängigkeit von anderen Menschen nimmt zu und institutionelle



Wohnformen werden wichtiger. Eine selbständige Lebensführung ist in dieser Phase oft kaum noch möglich (Lalive d'Épinay et al. zit. nach Höpflinger, 2009. S. 58).

Generelle Bedürfnisse ältere Bevölkerung

Die heutigen älteren Menschen möchten so lange wie möglich in ihrem eigenen Zuhause bleiben und den Eintritt in ein Pflegeheim vermeiden. Wenn sie jedoch in ein Pflegeheim kommen, haben sie oft mehrere Krankheiten und funktionale Einschränkungen (vgl. Höpflinger, 2020. S. 14) oder gehen aus sozialen Gründen dorthin. Die Babyboomer-Generation, die zwischen 1943 und 1963 geboren wurde, prägt die jüngere Generation der Pensionierten. Selbstbestimmung in Bezug auf Wohnen, Pflege und Betreuung ist für die Babyboomer besonders wichtig. Wohnungsangebote müssen den unterschiedlichen Bedürfnissen der jüngeren und älteren Pensionierten gerecht werden (Zimmerli, 2016. S. 15f).

Zielgruppen und ihre Bedürfnisse

Für das Projekt Langzeitpflege wurden folgende Zielgruppen mit ihren Bedürfnissen formuliert:

Zielgruppe	Bedürfnisse
Gesundes Rentenalter	Selbständigkeit bis ins hohe Alter bewahren und bei Bedarf niederschwellig und zielgerichtet Information / Beratung erhalten
Leicht Pflegebedürftige und fragile Personen mit ausreichend Selbstsorge-Fähigkeit für selbständiges Wohnen	Gezielte Unterstützung erhalten, um ihre Selbstsorge-Fähigkeit und eine ihrer Gesamtsituation angepasste Wohnform bewahren zu können
Mittel- bis schwer Pflegebedürftige	Autonomie wahrende, individuelle Betreuung / Zeit und Pflege sowie bedarfsgerechte Finanzierung
Schwerst Pflegebedürftige	
Betroffene mit Demenz	Adäquate Betreuung und Tagesstruktur
Palliative jüngere Patienten	Ihrer Situation angepasste palliative und ganzheitliche Betreuung und Pflege
Betroffene mit einer Behinderung (welche unter <65 in einer IV-Finanzierung waren)	Kontinuität in der Betreuung und eine ihrer Behinderung angepasste individuelle Betreuung und Pflege
Psychisch Kranke Pflege- und betreuungsbedürftige	Bedarfsgerechte Tagesstruktur und individuelle Betreuung / Zeit und Pflege
Pflegende / betreuende Angehörige	Anerkennung und Vereinbarkeit mit übrigen Aufgaben, Entlastung mittels niederschwelliger, bedarfsgerechter Unterstützung
Jüngere Pflegebedürftige (< 65 Jahre, primär somatisch)	Finanzierung selbständige Lebensweise zuhause und bei stationärer Pflege ihrer Situation und Alter angepasstes Umfeld sowie gesicherte Finanzierung



7 Strategie Langzeitpflege Uri

7.1 Vision

Die ältere Bevölkerung im Kanton Uri soll so lange wie möglich ein selbständiges und selbstbestimmtes Wohnen und Leben führen können («Oberziel»). Betreuung und Pflege erfolgt Autonomie wahrend, dem Bedarf angepasst und mit bedarfsgerechter Finanzierung. Um dies zu ermöglichen, verfügt der Kanton Uri im in der Langzeitpflege über Rahmenbedingungen, die eine Leistungserbringung aus einer Hand sowie Planung und Steuerung erlauben.

7.2 Strategische Stossrichtungen und Handlungsfelder

Im Projekt wurden die nachstehenden sechs strategischen Stossrichtungen und Ziele, basierend auf der Analyse, den Trends und Bedürfnissen definiert:

- *S1 - Stationär halten und differenzieren:* Bedarf bis 2030/2035 mit bestehenden Plätzen decken unter Berücksichtigung des Bedarfs an spezialisierter Pflege.
- *S2 - Intermediär ausbauen:* Angebot gemäss Bedarfsabschätzung verfügbar und unabhängig von finanziellen Voraussetzungen nutzbar machen, um selbstbestimmtes Wohnen zu unterstützen und mit den bestehenden stationären Plätzen den künftigen Bedarf decken zu können.
- *S3 - Ambulant ausbauen:* Bedarfsgerechtes Angebot ambulante Pflege, Betreuung und Unterstützung, um selbstbestimmtes Wohnen zu unterstützen und aber auch um mit den bestehenden stationären Plätzen den künftigen Bedarf decken zu können.
- *S4 - Gesundheit / Prävention fördern:* Lebenserwartung bei guter Gesundheit steigern und die individuelle Lebensqualität erhöhen, indem gesunde Verhaltensweisen gefördert werden. Ein gesunder Lebensstil im Alter fördert die Erhaltung der Gesundheit und eine Lebensqualität, die sich durch Autonomie und Selbstständigkeit auszeichnet.
- *S5 - Beratung / Koordination schaffen:* Umfassende Information, Triage und Beratung mittels einer übergreifenden Anlaufstelle für alle Angebote, um eine effiziente Information und Koordination für Betroffene und Angehörige sicherzustellen.
- *S6 - Freiwilligenhilfe fördern und stärken:* Mittels Schaffung von Angeboten die Ressourcen von Angehörigen und Freiwilligen nutzen, um selbstbestimmtes und selbständiges Wohnen und Leben möglichst lange zu ermöglichen.

Für jede strategische Stossrichtung wurden Handlungsfelder erarbeitet, priorisiert und entsprechende Massnahmen für die Umsetzung erarbeitet. Kriterien für die Priorisierung waren eine Einschätzung der Wirksamkeit in Bezug auf die Ziele und die Beurteilung der Dringlichkeit durch die Projektgruppe; leichte Anpassungen ergaben sich aus den Inputs anlässlich des Workshops mit Gemeinden am 22.06.2023. Übersicht zur Priorisierung der Handlungsfelder:



Tabelle 5: Übersicht Handlungsfelder nach strategischer Stossrichtung und Priorisierung

S1 - Stationär halten und differenzieren	S2 - Intermediär ausbauen	S3 - Ambulant ausbauen	S4 - Gesundheit / Prävention fördern	S5 - Beratung / Koordination schaffen	S6 - Freiwilligenhilfe fördern und stärken
Handlungsfelder mit Priorität 1					
S1-01 Demenzbetreuung und -pflege (stationär) ⁷	S2-01 Kurzzeitaufenthalte	S3-02 Betreuung und Unterstützung zuhause		S5-01 Beratung über alles	S6-01 Pflegende Angehörige
S1-02 Palliative Care ⁷	S2-02 Tages- und Nachtstrukturen				
	S2-04 Betreutes Wohnen				
Handlungsfelder mit Priorität 2					
S1-04 Schwerstpflegebedürftige Personen		S3-03 Pflege / Betreuung Betroffene mit Demenz			S6-02 Entlassungsdienst ambulant
S1-05 Pflege / Betreuung von psychisch kranken Personen		S3-05 Dienstleistungsangebot (prof. Leistungserbringer)			S6-03 Begleitedienst
					S6-04 Fahrdienst
Handlungsfelder mit Priorität 3					
S1-06 Menschen <65 mit stationärem Pflegebedarf		S3-01 Langzeitpflege in Behinderteninstitutionen (Spitin)	S4-01 Sturzprophylaxe		
S1-07 Post-hospitalisierte spezialisierte Pflege		S3-04 Pflege 24h	S4-02 Bewegung		
S1-08 Sterbebegleitung		S3-06 Haushilfe nur auf ärztliche Verordnung	S4-03 Ernährung		
		S3-07 Haushilfe integriert in Betreuung und Pflege	S4-04 Psychische Gesundheit		
		S3-08 Mahlzeitendienst	S4-05 Kommunikation Ges.-Förd. / Prävention		

Die Handlungsfelder der Priorität 1 sind im Anhang 10.3 mit Massnahmen detailliert aufgeführt. Dort, wo es aufgrund der Dringlichkeit Massnahmen braucht, bevor die neue Zuständigkeitsvariante umgesetzt ist, wurde die Kategorie «Massnahmen in der Übergangsphase» ergänzt.

⁷ parallel auch ambulant



7.3 Voraussichtliche Entwicklung «Sollscenario»

Die Projektgruppe hat entsprechende Annahmen getroffen, wie sich die Beiträge von Seite Kanton und Gemeinden entwickeln, wenn die strategischen Stossrichtungen sowie die daraus abgeleiteten Handlungsfelder und Massnahmen umgesetzt werden sowie die Steuerung der Angebote im Bereich der Langzeitpflege koordiniert wird («Sollscenario»):

- *Projektion Leistungsmengen:* Gegenüber dem «Nullscenario» geht das «Sollscenario» von einer stärkeren Verlagerung in den ambulanten Bereich aus: Die KLV-Stunden nehmen im Jahr 2040 gegenüber 2020 um 99 % («Nullscenario» 68 %) und die hauswirtschaftlichen Stunden um 167 % («Nullscenario» 103 %) zu. Der Bedarf für das Betreute Wohnen wird für 2040 auf 189 Betten geschätzt, der Bedarf an Angeboten im Tagesheim steigt gegenüber 2020 um 178 %. Der Bettenbedarf wird für 2040 auf 601 Betten («Nullscenario» 683 Betten) für Langzeit- und 14 Betten für Kurzeitaufenthalte geschätzt. Aufgrund des langen Planungshorizont bis 2040 gehen wir davon aus, dass sich der prognostizierte Bedarf in der Realität noch reduzieren wird und auch im Jahr 2035 das bestehende Angebot ausreichen kann, wenn die strategischen Stossrichtungen und Massnahmen gemäss Kapitel 7.2 konsequent umgesetzt werden.

Tabelle 6: Leistungsmengen «Sollscenario» 2030 bis 2040

Bereich	Kategorie	2030	2035	2040
		Prognose	Prognose	Prognose
	Bevölkerung 65+ Kanton Uri	9'690	10'305	10'497
	Veränderung zu 2020	24.8%	32.7%	35.2%
stationäre LZP	Sollscenario Pflegebetten Langzeitaufenthalt	556	584	601
	Veränderung zu 2020	0.8%	5.8%	8.9%
Kurzeitplätze	Anzahl Kurzeitplätze (aus Substitution)	3	9	14
ambulante LZP	KLV-Stunden ambulant	58'120	72'737	84'529
	Veränderung zu 2020	36.6%	70.9%	98.6%
ambulante LZP	HWL-Stunden ambulant	17'449	24'784	31'193
	Veränderung zu 2020	49.2%	111.9%	166.7%
intermediäre Angebote	Tage Tagesheim	2'194	3'173	4'034
	Veränderung zu 2020	51.3%	118.8%	178.2%
intermediäre Angebote	Plätze Betreutes Wohnen	136	165	189

Quelle: Kanton Uri (eigene Darstellung)

1 Auswirk NullVar + SollVar_2023 09 30 ESCARW.xlsx\Extrapol_SollSenKosten

- *Projektion Kosten:* Die Annahmen bezüglich Kostensteigerung entsprechen denen im «Nullscenario». Ab 2030 wird jedoch ein Effizienzgewinn von je 1.5 % pro Jahr zunehmend bis 2040 aufgrund der Umsetzung der strategischen Stossrichtungen sowie Implementierung der integrierten Versorgung in der neuen Trägerschaft angenommen. Ab 2030 ist unter den weiteren Angeboten die neue Koordinations- und Beratungsstelle (siehe S5-01) eingerechnet. Die Beiträge Kanton und Gemeinden erhöhen sich bis 2040 gegenüber 2020 um 142 %. Selbst bei einer optimistischeren nichtdemographischen Kostensteigerung von 2 % pro Jahr, steigen die Beiträge bis 2040 um 82 % (Beiträge 2040: CHF 31.3 Mio.).



Tabelle 7: «Sollscenario» voraussichtliche Beiträge Kanton und Gemeinden TCHF 2030 bis 2040

Kategorie	2030	2035	2040
	Prognose	Prognose	Prognose
STATIONÄRE LANGZEITPFLEGE	22'686	26'710	30'386
Gemeinden: Beitrag an Pflegerestkosten (bisher Gemeinden)	15'353	18'092	20'598
Kanton: heimbedingte Mehrkosten EL	7'333	8'618	9'788
AMBULANTE LANGZEITPFLEGE UND HILFE ZU HAUSE	5'532	7'785	10'027
Kanton: Beitrag KLV- und HW-Leistungen	5'196	7'409	9'612
Kanton: EL Krankheitskosten zu Hause	336	376	415
INTERMEDIÄRE ANGEBOTE	263	426	597
Kanton: Beitrag Tagesheim	263	426	597
WEITERE ANGEBOTE	709	721	721
Gemeinde: Beiträge weitere Angebote	18	19	19
Kanton: Beiträge weitere Angebote	691	702	703
TOTAL	29'190	35'641	41'732
Veränderung zu 2020	69.4%	106.8%	142.1%
davon Gemeinden	15'371	18'111	20'617
davon Kanton	13'819	17'530	21'115
davon Gemeinden in % Total	53%	51%	49%
davon Kanton in % Total	47%	49%	51%

[100-01_06_Fin Auswirk NullVar + SollVar_2023 09 30 ESCA RW.xlsx|Extrapol_SollSzenKosten

- **Gegenüberstellung Beiträge Szenarien:** Das «Sollscenario» führt aufgrund der Umsetzung der strategischen Stossrichtungen in einem integrierten System zu einer berechneten Kosteneinsparung von 12 % im Jahr 2030 und rund 21 % im Jahr 2040. Zuständigkeitsvarianten, die die Schaffung einer integrierten Versorgung inklusive Beratung und Koordination über den gesamten Kanton Uri ermöglichen (siehe Anhang 10.4), sind Voraussetzung für die Umsetzung der strategischen Stossrichtungen und daraus abgeleiteten Handlungsfeldern und Massnahmen. In den anderen Zuständigkeitsvarianten (siehe Abbildung 2, Seite 24) ist die Umsetzung der angestrebten Stossrichtungen und Massnahmen sowie die Erreichung der Effizienzgewinne nur schwer oder gar nicht machbar.

Tabelle 8: Voraussichtliche Beiträge Kanton und Gemeinden im Null- und Sollscenario in TCHF im Vergleich

Bereich	Variante	2030	2035	2040
		Prognose	Prognose	Prognose
Stationäre LZP	Nullscenario	23'496	32'459	41'822
Stationäre LZP	Sollscenario	22'686	26'710	30'386
Stationäre LZP	Mehr- (+) / Minderbeiträge (-) Sollscenario zu Nullscenario	-810	-5'748	-11'435
Ambulante LZP	Nullscenario	5'434	7'348	10'227
Ambulante LZP	Sollscenario	5'532	7'785	10'027
Ambulante LZP	Mehr- (+) / Minderbeiträge (-) Sollscenario zu Nullscenario	98	437	-200
Intermediäre Angebote	Nullscenario	220	285	353
Intermediäre Angebote	Sollscenario	263	426	597
Intermediäre Angebote	Mehr- (+) / Minderbeiträge (-) Sollscenario zu Nullscenario	43	141	244
Weitere Angebote	Nullscenario	389	429	474
Weitere Angebote	Sollscenario	709	721	721
Weitere Angebote	Mehr- (+) / Minderbeiträge (-) Sollscenario zu Nullscenario	320	291	248
Total LZP	Nullscenario	29'538	40'521	52'875
Total LZP	Sollscenario	29'190	35'641	41'732
Differenz Total LZP	Mehr- (+) / Minderbeiträge (-) Sollscenario zu Nullscenario	-348	-4'879	-11'144
	<i>Mehr- (+) / Minderkosten (-) Sollscenario zu Nullscenario in %</i>	-1%	-12%	-21%

[100-01_06_Fin Auswirk NullVar + SollVar_2023 10 23 ESCA RW.xlsx|Extrapol_SollSzenKosten



8 Künftige Zuständigkeiten Langzeitpflege im Kanton Uri

8.1 Begriffliches

- Mit «*Zuständigkeit*» ist in der Regel die Verantwortung für die Sicherstellung gemeint, wobei die Leistungen selbst erbracht oder mit Leistungserbringern Leistungsvereinbarungen abgeschlossen werden. Zuständigkeit schliesst zumeist die Finanzierung des entsprechenden Anteils der öffentlichen Hand durch diese staatliche Ebene ein.
- Mit «*Trägerschaft*» geht es im vorliegenden Kontext um jene Organisation (rechtsformunabhängig), welche die Leistungserbringung übernimmt.
- *Integrierte Versorgung in der Langzeitpflege in der Praxis*: Die Trägerschaft, welche die integrierte Versorgung als Organisation / Unternehmen umsetzt, konkretisiert die Altersstrategie des Kantons in eine entsprechende Unternehmensstrategie (Definition Zielgruppen, Leistungen, Leistungsschnittstellen). Um möglichst passgenaue Angebote zu ermöglichen sind Beratung, Koordination, präventive Hausbesuche und Gesundheitsvorsorge wichtige zusätzliche Instrumente zu den Angeboten stationär, ambulant und intermediär (Kurzeitaufenthalte, Betreutes Wohnen, Tages- und Nachtaufenthalte). Zudem optimiert sektorübergreifende Zusammenarbeit (gemeinsame ICT, Fallbesprechungen, Case Management u.ä.) die Schnittstellen zwischen den Versorgungsstufen. Reine Kooperationslösungen ohne Integration sind primär personenabhängig und allfällige Verträge sind laufend der Entwicklung anzupassen. Integrierte Unternehmen verfügen gegenüber reinen Kooperationslösungen über ein Weisungsrecht und können direkter und rascher entscheiden sowie umsetzen.

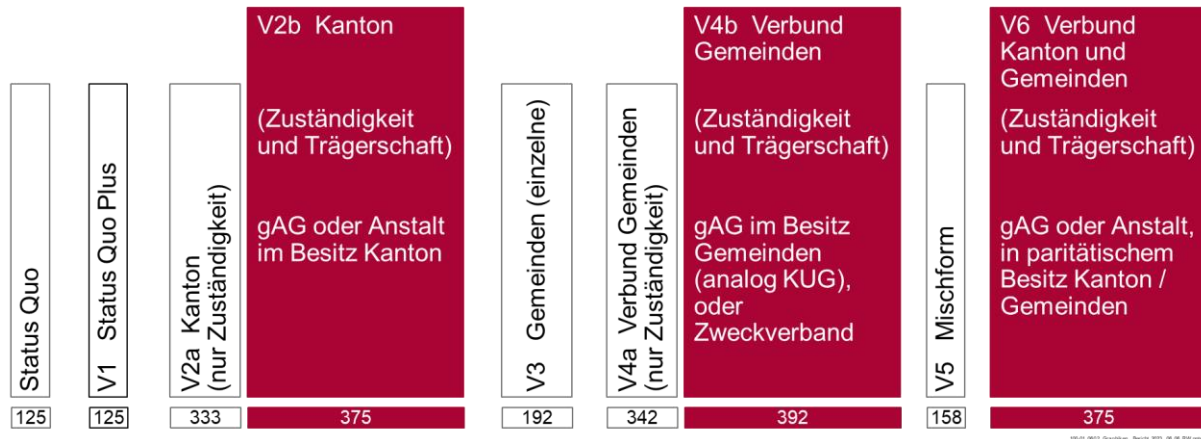
8.2 Bewertung der Varianten für den Kanton Uri

Für die optimale Gestaltung der Versorgungskette in der Langzeitpflege ist es wichtig, dass die Vergabe und Finanzierung von Leistungsaufträgen für ambulante, intermediäre und stationäre Dienstleistungen entsprechend koordiniert sind (bis hin zu «alles aus einer Hand») und Interessenskonflikte und Koordinationsaufwand aufgrund von unterschiedlichen Zuständigkeiten möglichst minimiert werden. Zudem sollen die fiskalische Äquivalenz («Wer zahlt, befiehlt – wer befiehlt, zahlt») und die Kongruenz in Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung (AKV) gegeben sein.

Im Projekt wurden acht Zuständigkeitsvarianten erarbeitet und anschliessend mittels Nutzwertanalyse entlang der vier Kriterien «Subsidiaritätsprinzip», «Fiskalische Äquivalenz», «Accountability» (d.h. demokratische Verantwortlichkeit) und «Effizienz» bewertet:



Abbildung 2: Ergebnisse Nutzwertanalyse⁸ (Angabe Punktzahl aus Nutzwertanalyse⁹ unter den Blöcken)



- *Gemeinsamkeit der priorisierten Varianten:* Nur die drei priorisierten Varianten V2b, V4b und V6 **erlauben das Erreichen des Projektziels einer sorgfältig abgestimmten und damit integrierten Versorgung aus einer Hand**. Andererseits muss den mit einem Monopol verbundene Risiken frühzeitig mit flankierenden Massnahmen begegnet werden.
- *Signifikanz Nutzwertanalyse:* Bei Anwendung der Nutzwertanalyse sollte die Differenz in der Punktzahl mindestens 10 % betragen, um signifikant zu sein. Die Bewertung von Variante 4b ist leicht besser, weil bei V2b die Gemeinden «ausen vor» sind und der Kanton eine dreifache Rolle erhält (Zuständigkeit, Aufsicht und Betrieb). Bei V6 ist zum einen das Monopol ausgeprägter, weil alle wesentlichen Körperschaften «mit drin» sind und kein Gegengewicht mehr besteht. Zum anderen erhält die operative Führung als «Diener vieler Herren» eine noch einzigartigere Stellung. Die Varianten 2b und 6 erreichen trotz unterschiedlicher Bewertung bei den Kriterien exakt die gleiche Punktzahl.

Die detaillierte Bewertung mit Darstellung und Gewichtung der Kriterien sowie Argumentation für die Vergabe der Punkte findet sich im Anhang zum Bericht / Ausführliche Version. Die Eckwerte der drei priorisierten Varianten V2b, V4b und V6 sind im Anhang 10.4 ersichtlich.

8.3 Wahl der Zuständigkeitsvariante

Welche der drei priorisierten Varianten gewählt werden soll, ist nicht nur eine sachliche, sondern auch politische Frage. Im Rahmen des Workshops vom 22.06.2023 mit Teilnehmenden der Gemeinden, des Gemeindeverbands und der Institutionen wurde eine Erhebung mittels Fragebogen bezüglich der Priorisierung der Varianten durchgeführt:

- Tendenzuell wird über alle Teilnehmenden die Variante 6 (Gemeinsamer Verbund Gemeinden / Kanton mit Zuständigkeit und Trägerschaft) bevorzugt, wobei die Variante 2b (Kanton

⁸ Da die ungenügende Erfüllung eines Kriteriums nicht noch stärker differenziert wurde, ergab sich bei der Bewertung des Status Quo und der Variante Status Quo Plus identische Punktezahlen.

⁹ Die detaillierten Ergebnisse finden sich im Anhang des Berichts / Ausführliche Version.



mit Zuständigkeit und Trägerschaft) in geringem Abstand folgt. Gemeindeverteter:innen priorisieren die Variante 6 deutlich, Vertreter:innen von Institutionen bevorzugen mehrheitlich die Variante 2b. Ergänzend noch die wichtigsten Begründungen aus den Fragebogen:

Tabelle 9: Auswahl zu den genannten Begründungen zur Variantenwahl

Variante	Genannte Gründe für Wahl der Variante
V2b Kanton mit Zuständigkeit und Trägerschaft	<ul style="list-style-type: none"> - Trägerschaft viel schlanker, nur ein Ansprechpartner - Klare Zuständigkeit bei Entscheiden - Strategie einfacher und schneller umsetzbar - Effiziente Umsetzung möglich, Führung 1 Herr ≠ mehrere Herren - Nachteile: Alles beim Kanton (Dreifachrolle); Kontrollverlust der Gemeinden, Bürokratie, wenig Unternehmergeist, weniger Bürgernähe
V4b Verbund Gemeinden mit Zuständigkeit und Trägerschaft	<ul style="list-style-type: none"> - Gibt Beispiele, die Gemeinden sehr gut gelöst haben: ZAKU und Abwasser Uri. Sollen auch beigezogen werden. - Politische Argumente wie Bürgernähe, Mitsprache, Sicht der Milizpolitik wichtig - Breite Abstützung im ganzen Kanton - Grosse und kleine Gemeinden können gemeinsam gute Lösungen, passende Lösungen erarbeiten - Variante erlaubt Spielraum - Nachteile: Schwerfälliger, viele Stellen involviert; Herausforderung, dass sich 19 Gemeinden einigen müssen
V6 Gemeinsamer Verbund Gemeinden / Kanton mit Zuständigkeit und Trägerschaft	<ul style="list-style-type: none"> - Breite Abstützung - Mitsprache Gemeinden - zukünftige Kostendynamik würde gemeinsam durch Kanton und Gemeinden getragen - Finanzierung 50:50 - Nachteile: Das Ganze wird zu gross; zu komplizierte Mischform; Konsensfindung eher schwierig; Dreifachaufgabe Kanton

8.4 Fragen aus dem Workshop mit Gemeinden vom 22. Juni 2023:

Geeignete Rechtsform für die neue Trägerschaft

Die definitive Rechtsform muss im Folgeprojekt 2024 (siehe unten im Kap. 9) ausgearbeitet werden. Generell betrachtet wäre für die neue Trägerschaft in einer der drei priorisierten Varianten eine gemeinnützige Aktiengesellschaft (gAG) – d.h. eine Aktiengesellschaft mit gemeinnützigem Zweck, die steuerbefreit gestaltet wird – die beste Variante (analog Abwasser Uri oder ZAKU):

- Diese Rechtsform hätte den grossen Vorteil, dass analog zum KUG nur ein Minimum öffentlich-rechtlich geregelt werden müsste – alles andere ist via Gesetz und Praxis detailliert geregelt bzw. definiert.
- Aktienanteile liessen sich im Laufe der Zeit auf einfache Art anders verteilen oder erhöhen / herabsetzen, z.B. um veränderter Dynamik bei Einwohnerzahlen Rechnung zu tragen.
- Auch kann eine gAG in ihrer Struktur einfach angepasst werden.
- Um zu verhindern, dass der Kanton dank wechselnden Allianzen mit einzelnen Gemeinden immer dominiert, können für wichtige Entscheide Quoren eingeführt werden, z.B. für die



Festlegung der Strategie. Formulierungsbeispiel aus der Vernehmlassung IT UR: «Für ihre Verbindlichkeit bedarf die Strategie der Zustimmung des Regierungsrates und von zwei Dritteln der Gemeinden, die mindestens fünfzig Prozent der Bevölkerung vertreten.»

Verteilschlüssel unter Gemeinden

Auch die Frage des Verteilschlüssels unter den Gemeinden wird im Folgeprojekt 2024 (siehe unten im Kap. 9) ausgearbeitet werden. Es brauchen dabei nicht zwingend nur politische Kriterien wie Einwohnerzahlen zu sein, zumal letztere dynamisch sind. Im Weiteren ist auch denkbar, die Verteilung der Leistungsfinanzierung anders zu regeln (z.B. nach Inanspruchnahme) als die Schlüssel für Kapitalanteile.

Übernahme Liegenschaften durch die neue Trägerschaft

Damit die neue Trägerschaft unternehmerisch handeln kann und die Infrastruktur passend auf ihre strategischen Ziele zeitgerecht bereitstellen kann, wäre es grundsätzlich ideal, wenn sie über die Liegenschaften verfügen könnte. Entsprechende Konzepte (in Varianten) werden im Folgeprojekt 2024 (siehe Kap. 9) auf der Basis bewährter Modelle ausgearbeitet. Details bzw. «Preisschilder» können zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht genannt werden. Allfällige Übernahmen dürften jedoch tendenziell zu Buch- bzw. Zeitwerten erfolgen. Mit dem Handbuch Anlagebuchhaltung der Koordinationsgruppe Langzeitpflege gibt es in diesem Bereich einen klaren und branchenweit gültigen Rahmen für die Wertermittlung.

Ohnehin werden diese Fragen Schritt für Schritt angegangen werden, denn zuerst muss die neue Trägerschaft aufgebaut werden. Denkbar könnten deshalb vorübergehend bzw. befristet auch Mietlösungen sein. Als langfristiges Modell ist Miete jedoch erfahrungsgemäss weniger geeignet (z.B. bezüglich Flexibilität der neuen Trägerschaft).

Auswirkungen, wenn Betriebe später integriert werden

Gemäss Eckwerten im Kap. 10.4, Tabelle 13 werden Betriebe nach individuellem Zeitplan integriert. Das Konzept für den Aufbau des Unternehmens wird im Folgeprojekt 2024 (Kap. 9) ausgearbeitet werden, wird aber auf jeden Fall in Etappen erfolgen. Daher werden mit mehreren Betrieben zuerst Leistungsvereinbarungen abgeschlossen. Besondere Auswirkungen für betroffene Betriebe sind dabei nicht zu erwarten.

8.5 Finanzierungsgefässe und Ausgleichsmechanismen Zuständigkeitsvarianten

Per Ende 2022 betragen die Beiträge von Kanton und Gemeinden für die Langzeitpflege inklusive EL sowie Beratung gesamt CHF 18.9 Mio. (siehe Kap. 4.3), wobei Kanton und Gemeinden derzeit je die Hälfte des Gesamtbeitrags zahlen. Bei einer Änderung der Zuständigkeiten in der Langzeitpflege ändern sich je nach gewählter Variante die Finanzflüsse (inklusive EL). Folgende Möglichkeiten wurden diskutiert und bezüglich ihrer Tauglichkeit bewertet:



- **Finanz- und Lastenausgleich (FiLa):** Der gesamte Ausgleich über den FiLa beträgt im Jahr 2022 rund CHF 13 Mio. Aufgrund der demographischen Entwicklung und der entsprechenden Bedarfserweiterung in der LZP wären die auszugleichenden Beiträge zwischen Kanton und Gemeinden so hoch, dass dies den Rahmen des FiLa «sprengen» und ihn noch komplexer machen würde. Ein Ausgleich über den FiLa wird – als nicht tauglich bewertet.
- **Steuern:** Je nach gewählter Variante würde die Steueraufteilung zwischen Kanton und Gemeinden via eine gesetzliche Änderung des Steuersatzes die neuen Finanzflüsse berücksichtigen. Der anschliessende Finanzbedarf würde dann von den Gemeinden bzw. dem Kanton mittels einer Erhöhung bzw. Senkung des Steuerfusses angepasst werden. Im Gegensatz zum FiLa gibt es bei einem Ausgleich über die Steueraufteilung keine Grenzen bezüglich der Höhe des Betrags. Ein Ausgleich über die Steueraufteilung wird als einzig mögliche Lösung gesehen.

Bezüglich des finanziellen Ausgleichs zwischen Kanton und Gemeinden – je nach gewählter Variante – ist zu klären, ob dieser mit einem Betrag fixiert oder dynamisch, gemäss effektiver Kostenentwicklung ausgestaltet werden soll. Eine dynamische Ausgleichszahlung wird wiederum die fiskalische Äquivalenz der jeweiligen Zuständigkeitsvariante negativ beeinflussen. Bei den Varianten 2b «Konzentration beim Kanton» oder 4b «Konzentration beim Verbund» wäre dies besonders ausgeprägt. Bei der «V6 Verbund Kanton und Gemeinden» ist dies aufgrund des derzeitigen Verhältnisses der Kosten zwischen Kanton und Gemeinden (Stand 2022: je 50 %-Anteil) nicht relevant. Auf Basis der geschätzten Beitragsentwicklung für die öffentliche Hand im «Nullszenario» (Tabelle 4, Seite 15) und im «Sollszenario» (Tabelle 7, Seite 22) lässt sich die mögliche Kostenentwicklung in Variante 6 bei je 50 %-Anteilen für Kanton und Gemeinden wie folgt skizzieren:

Tabelle 10: Vergleich Beiträge Kanton und Gemeinden für Langzeitpflege im «Soll- und im Nullszenario»

Variante	Kostenträger	Beiträge					
		2030		2035		2040	
		in TCHF	Anteil in %	in TCHF	Anteil in %	in TCHF	Anteil in %
Nullszenario	Gemeinden	15'913	53.9%	21'978	54.2%	28'314	53.5%
	Kanton	13'626	46.1%	18'542	45.8%	24'561	46.5%
	Total Langzeitpflege	29'538	100.0%	40'521	100.0%	52'875	100.0%
Sollszenario	Gemeinden*	15'371	52.7%	18'111	50.8%	20'617	49.4%
	Kanton*	13'819	47.3%	17'530	49.2%	21'115	50.6%
	Total Langzeitpflege	29'190	100.0%	35'641	100.0%	41'732	100.0%
	Kostenteiler 50 : 50	14'595		17'821		20'866	

* Finanzierung Beiträge wie bisher

[100-01_06_Fin Auswirk NullVar + SollVar_2023 10 23 ESCA RW.xlsx|Extrapol_AuftBeiträgeNeu

Sollte diese Kostenentwicklung eintreffen, wäre in Variante 6 beim Verteilschlüssel zu je 50 % für beide Partner eine positive Entwicklung.



9 Empfehlungen

9.1 Fazit und Empfehlung Variante Zuständigkeiten

Die Umsetzung eines wirksamen Systems zur Unterstützung der Vision ist komplex und erfordert einiges an Know-how sowie ein straff koordiniertes Vorgehen.

Die grössten Chancen, die Vision umzusetzen und möglichst lange mit den bestehenden Kapazitäten im stationären Bereich auszukommen, bietet ein Modell mit integrierter Versorgung. Die Steuergruppe empfiehlt die Variante 6 «Gemeinsamer Verbund Gemeinden / Kanton mit Zuständigkeit und Trägerschaft», welche auch die fiskalische Äquivalenz erfüllt. Für die Umsetzung empfiehlt sich die Gründung einer Aktiengesellschaft mit gemeinnützigem Zweck. Wie in Kap. 8.5 dargelegt, kann davon ausgegangen werden, dass in der Variante 6 kein System einer dynamischen Ausgleichszahlung zwischen Kanton und Gemeinden erforderlich ist, was die Umsetzung erleichtern dürfte.

9.2 Folgeprojekt

9.2.1 Empfehlung Inhalte Folgeprojekt(e)

Im vorliegenden Projekt wurde die künftige Strategie der Langzeitpflege (siehe Kap. 7) sowie mögliche Zuständigkeiten der Langzeitpflege (siehe Kap. 8) auf Stufe «Grobkonzept» erarbeitet.

Für das Gesetzgebungsverfahren müssen darauf aufbauend Detailkonzepte für eine künftige Trägerschaft der Langzeitpflege im Kanton Uri sowie für die Massnahmenumsetzung in der Übergangsphase (siehe Anhang 10.3) weiterentwickelt werden entlang der nachstehenden Themen:

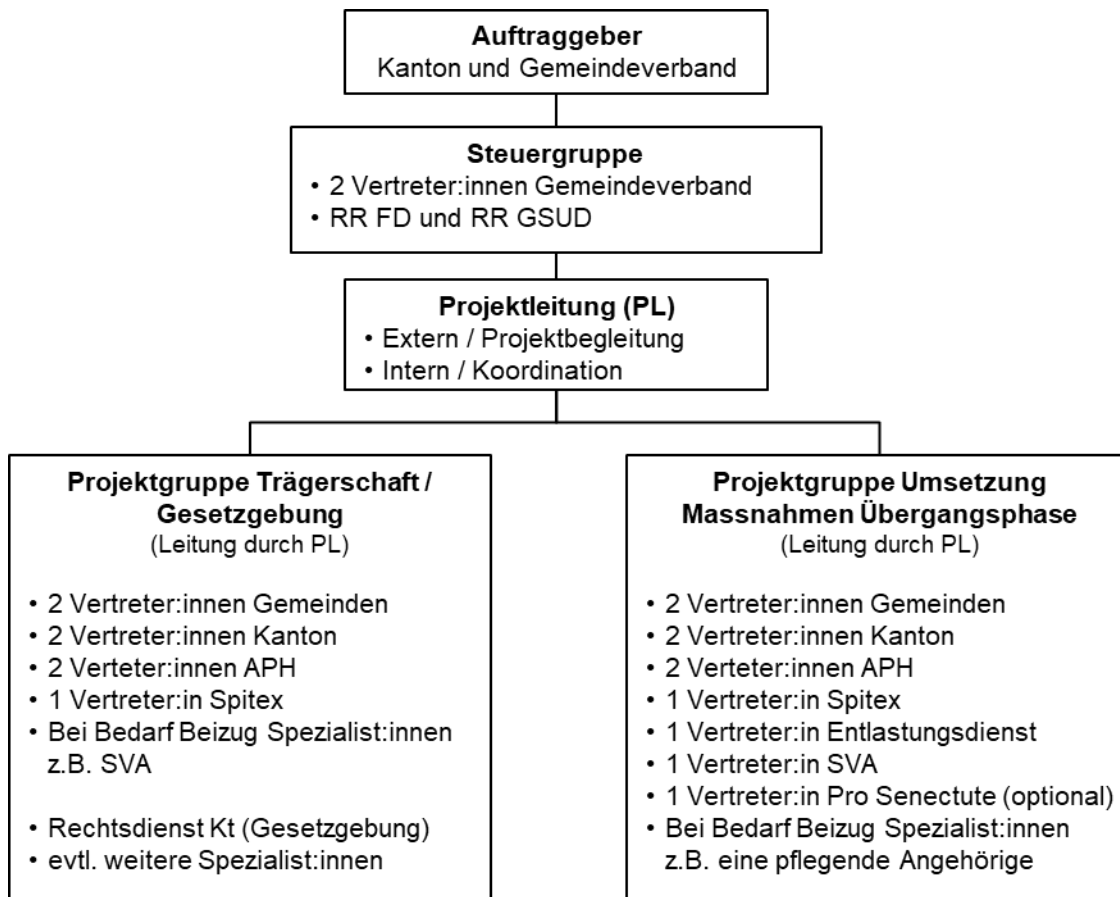
Tabelle 11: Inhalte Folgeprojekt(e)

Projekt Trägerschaft / Gesetzgebung	Projekt Umsetzung Massnahmen Übergangsphase
Grundlegendes / Organisation: <ul style="list-style-type: none">- Zweck, konkrete Aufgaben und Eignerstrategie- Rechtsform, Träger und Anteilsverteilung- Aufbauorganisation<ul style="list-style-type: none">o Betriebe (ggf. in Bereichen)o Operative Führung und Koordinationo Strategische Führung	Bei einem Teil der Handlungsfelder und Massnahmen (Übersicht Tabelle 5 im Kap. 7.2 bzw. Details im Anhang 10.3) kann nicht auf die konkrete Umsetzung nach Abschluss des Folgeprojekts (Dauer ca. 1 Jahr) und dem Gesetzgebungsverfahren inkl. Urnenabstimmung (Dauer ca. 2 Jahre) gewartet werden.
Ressourcen und Aufbau <ul style="list-style-type: none">- Konzept- Vorgehen für die Personalregulierung- Modelle zur Infrastruktur-Übernahme- Umsetzung Aufbau / Etappierung	Dies trifft insbesondere zu auf: <ul style="list-style-type: none">- Palliative Care (S1-02, stationär und ambulant)- Kurzaufenthalte und ggf. AÜP (S2-01)- Tages- und Nachtstrukturen (S2-02)- Betreutes Wohnen Kat. B Curaviva (S2-04)- Beratungsstelle (S5-01)- Betreuung und Unterstützung zuhause (S3-02)



Projekt Trägerschaft / Gesetzgebung	Projekt Umsetzung Massnahmen Übergangsphase
Finanzen - Finanzplanung <ul style="list-style-type: none"> o Langfristig operativ und Investitionen o Mittelfristig gemäss Etappierung - Finanzierung inkl. Verteilschlüssel Gemeinden <ul style="list-style-type: none"> o Operativ o Investitionen 	Bei diesem Projekt soll primär auf den bereits bestehenden Rechtsgrundlagen aufgebaut werden. Lerneffekte für die Weiterentwicklung LZP sowie die Prüfung allfälliger einzelner Sondermassnahmen werden mit dem Gesetzgebungsverfahren im anderen Projekt abgestimmt.
Umsetzungsplanung / Weiteres Vorgehen	
Gesetzgebungsverfahren (Inhalte / Ablauf siehe Zeitplan unten Kap. 9.2.3).	Inhaltlich werden zuerst in einem Konzept konkrete Umsetzungslösungen definiert. Je nach Ergebnissen kann ggf. eine Vernehmlassung jener des Projekts Trägerschaft angeschlossen werden (Ablauf siehe Zeitplan unten Kap. 9.2.3).

9.2.2 Empfehlung Projektorganisation Folgeprojekt(e)



Source: 100-01_0602_ProjOrg_2023_10_10_RW_ESCA.pptx

In den Projektgruppen wäre es von Vorteil, wenn auch Gemeindevertreter:innen in den zu bearbeitenden Themen etwas berufliche Erfahrung mitbringen würden.

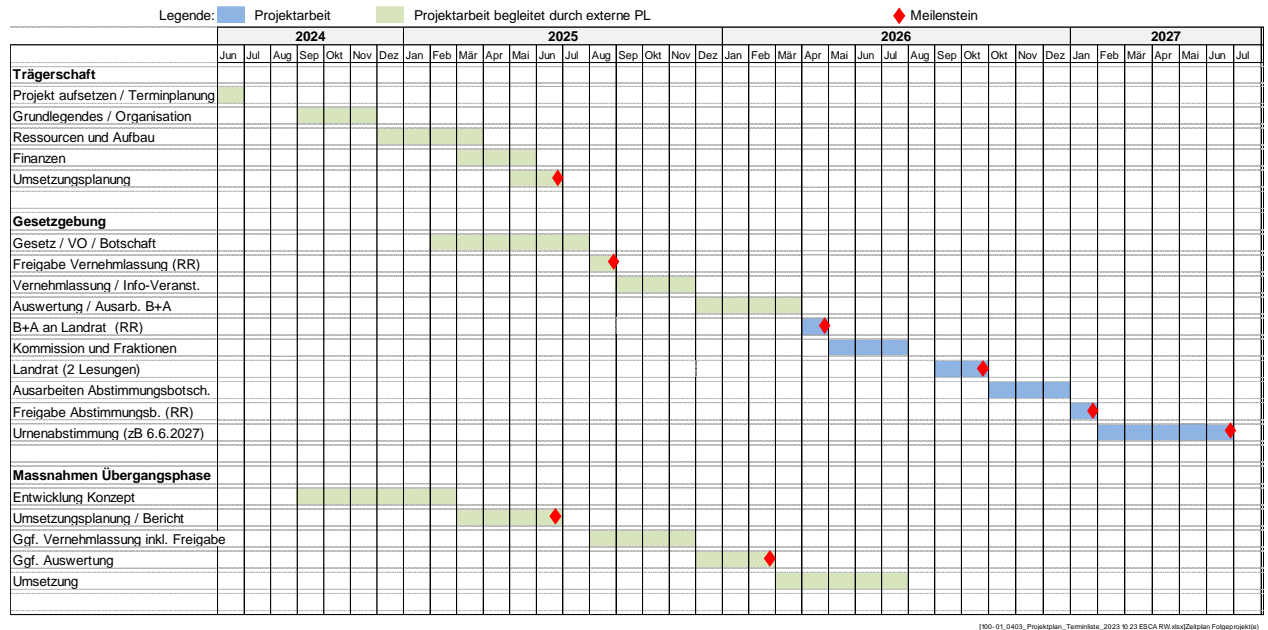
Der Rechtsdienst arbeitet eng mit der Projektgruppe Trägerschaft / Gesetzgebung zusammen.



Gegebenenfalls können auf der operativen Ebene für Spezialthemen wie z.B. Leistungserbringung oder Finanzen Teilprojekte gebildet werden.

9.2.3 Empfehlung Zeitplanung Folgeprojekte

Die entsprechenden Detailkonzepte sollen ab Mai bzw. September 2024 in einem Folgeprojekt erarbeitet werden. Das Gesetzgebungsverfahren soll parallel durchgeführt werden.



9.2.4 Geschätzte Projektkosten empfohlene Folgeprojekt(e)

Da die zwei Projekte eng zusammenhängen, ist es zweckmässig, die Finanzierung gemeinsam zu planen. Eine erste Schätzung der Kosten für die externe Projektleitung und -begleitung ergibt rund CHF 200'000 (Kostengenauigkeit +/- 20 %), wovon der überwiegende Anteil auf das Projekt «Trägerschaft» fällt. Diese Kosten sollen – wie beim vorliegenden Projekt – paritätisch vom Kanton und den Urner Gemeinden übernommen werden.



10 Anhang

10.1 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Alzheimer Europe Report (2020): Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe
- Cosandey, J. (2016a). Neue Massstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe (Kantonsmonitoring 7). Zürich: Avenir Suisse
- Höpflinger F. (2020). Leben im Alter – aktuelle Feststellungen und zentrale Entwicklungen Zürich
- Lalive d'Epinay C., Bickel J., Maystre C., Vollenwyder N. (2000). Vieillesse au fil du temps 1979 – 1994. Une révolution tranquille. Lausanne: Réalités sociales
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2020). Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2020–2040 Kanton Uri. Neuchâtel
- Stadtrat Luzern (2021). Projekt „Alterswohnen integriert“. Bericht und Antrag an den Grossen Stadtrat Luzern (B+A 21/2021)
- Zimmerli J. (2016), Stresstest auf veränderte Nachfrage; In: Zimmerli J., Schmidiger M. (Hrsg.), Pensionierte auf dem Wohnungsmarkt, Schriftenreihe Demografie und Wohnungswirtschaft, Schriften aus Institut für Finanzdienstleistungen Zug IFZ, Band 31, Luzern
- Curaviva, Spitex Schweiz, Pro Senectute, Senesuisse (2019), Faktenblatt zur Studie «Betreutes Wohnen in der Schweiz – Grundlagen eines Modells»

10.2 Kategorien Betreutes Wohnen nach Curaviva

Im Auftrag von Curaviva Schweiz, senesuisse, Pro Senectute Schweiz und Spitex Schweiz wurde 2018 ein Modell für Betreutes Wohnen in der Schweiz erarbeitet (Imhof L. & Mahrer-Imhof R., 2018). Dieses sieht neben der Barrierefreiheit der Wohnung vier Unterstützungskategorien vor. Alle Kategorien sollen einen gelingenden Alltag ermöglichen, die Würde, Autonomie und Sicherheit sowie Möglichkeiten der sozialen Partizipation unterstützen:

- **Kategorie D** unterstützt den Bewohner bei ausgewählten Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL: activities of daily living) wie Reinigung Wohnung, Wäsche, Kochen/ Einkaufen oder allenfalls Mahlzeitendienst, Unterstützung bei administrativen und finanziellen Tätigkeiten. Ebenso gibt es ein Notfalltelefon oder einen Notfallknopf. Der Bewohner vergibt die Leistungen als Kundenauftrag.
- **Kategorie C** unterstützt den Bewohner bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens, also auch bei der Körperpflege, Sich-Kleiden und der Mobilisation. Die Self-Care-Fähigkeiten des Bewohners werden professionell unterstützt, Massnahmen kommen nicht nur im Rahmen eines Kundenauftrags, sondern auch präventiv zum Zug.
- **Kategorie B** umfasst für den Bewohner das gesamte Spektrum an pflegerisch-betreuerischen Aufgaben.
- **Kategorie A** soll dem Bewohner zusätzlich Unterstützung bis an Lebensende anbieten inklusive 24-Stunden-Pflege und Palliative Care.



10.3 Massnahmen zu Handlungsfeldern mit Priorität 1

Tabelle 12: Handlungsfelder mit Priorität 1

S1-01 Demenzbetreuung und -pflege		
Massnahmen mit neuem Zuständigkeitsmodell		
Nr.	Beschreibung	Zuständigkeit
1	Umsetzung und Monitoring Empfehlungen im Aktionsplan Demenz (dies deckt zumindest teilweise auch das ambulante Handlungsfeld S3-03 ab).	Neue Trägerschaft

S1-02 Palliative Care		
Massnahmen mit neuem Zuständigkeitsmodell		
Nr.	Beschreibung	Zuständigkeit
1	Lead in der Umsetzung des Aktionsplans Palliative Care vom 08.04.2022.	Neue Trägerschaft
2	Prüfung Möglichkeiten Einrichtung Palliative Care-Plätze und / oder Aufbau eines mobilen spezialisierten ¹⁰ Palliative Care Teams oder allfälliger Alternativen inkl. Finanzierung.	Neue Trägerschaft
Massnahmen in der Übergangsphase		
Nr.	Beschreibung	Zuständigkeit
3	Sicherstellung Umsetzung Aktionsplan Palliative Care.	Projektorganisation Übergangsphase
4	Einrichtung von einzelnen Palliative Care-Plätzen in 1 bis 2 APH inkl. ärztliche Betreuung und Regelung Finanzierung (auch der Vorhalteleistung).	Projektorganisation Übergangsphase
5	Prüfung Möglichkeiten Aufbau mobiler spezialisierter ^{Fehler! Textmarke nicht definiert.} Palliative Care Teams für zuhause und / oder als Unterstützung in APH (inkl. Finanzierung, insbesondere bei Einsätzen in APH) oder allfälliger Alternativen, ggf. in Zusammenarbeit mit einem Nachbarkanton (beispielsweise Kt. SZ).	Projektorganisation Übergangsphase

S2-01 Kurzeitaufenthalte		
Massnahmen mit neuem Zuständigkeitsmodell		
Nr.	Beschreibung	Zuständigkeit
1	Schaffung strukturiertes Angebot für Kurzzeitplätze (z.B. definierte Anzahl (zu Beginn 3 % bis 5 % aller stat. Plätze), regionale Schwerpunkte, evtl. Aufnahme- und / oder Kombination mit Tag- / Nachtbetreuung („Triage- und Entlastungsstation“) sowie Koordination durch Beratungsstelle	Neue Trägerschaft
2	Förderung Rückkehr nach Hause (z.B. nach Spitalaufenthalt Aufnahme in APH mit provisorischem Status) sowie Monitoring Nutzung Kurzzeitplätze.	Neue Trägerschaft
3	Prüfung weitergehende Unterstützungen für EL-Bezieher, um mögliche späterer Rückkehr nach Hause zu ermöglichen.	Neue Trägerschaft
4	Überprüfung der Gestaltung und Finanzierung von AÜP	Neue Trägerschaft

¹⁰ Spezialisierte Palliative Care in Ergänzung zur Grundversorgung Palliative Care



S2-01 Kurzeitaufenthalte		
Massnahmen in der Übergangsphase		
Nr.	Beschreibung	Zuständigkeit
5	Schaffung strukturiertes Angebot für Kurzzeitplätze (z.B. definierte Anzahl (zu Beginn 3 % bis 5 % aller stat. Plätze), regionale Schwerpunkte, evtl. Aufnahmestation und / oder Kombination mit Tag- / Nachtbetreuung („Triage- und Entlastungsstation“) sowie Koordination durch Beratungsstelle (falls Ressourcen durch Beratungsstelle vorhanden).	Projektorganisation Übergangsphase

S2-02 Tages- und Nachtstrukturen (TONS)		
Massnahmen mit neuem Zuständigkeitsmodell		
Nr.	Beschreibung	Zuständigkeit
1	Schaffung bedürfnisorientiertes, erreichbares Angebot mit differenzierten Zeitblöcken über die ganzen 24 Stunden inklusive Wochenende inkl. Regelung Finanzierung auf Seite Leistungserbringer und Klient:innen (Mengengerüst: 29 bis 38 Plätze Tagesplätze, fünf bis sechs Plätzen Nachtbetreuungsplätze).	Neue Trägerschaft
2	Prüfung Möglichkeiten Finanzierung TONS für EL-Bezieher unabhängig von einer bestehenden Hilflosigkeit.	Neue Trägerschaft
Massnahmen in der Übergangsphase		
Nr.	Beschreibung	Zuständigkeit
3	Schaffung bedürfnisorientiertes Angebot (differenzierter Zeitblöcke, Klient:innennähe, Erreichbarkeit und Zielgruppe) (Mengengerüst: 29 bis 38 Plätze Tagesplätze, fünf bis sechs Plätzen Nachtbetreuungsplätze).	Projektorganisation Übergangsphase

S2-04 Betreutes Wohnen nach Curaviva Kat. B (und A)		
Massnahmen mit neuem Zuständigkeitsmodell		
Nr.	Beschreibung	Zuständigkeit
1	Schaffung Angebot Betreutes Wohnen Kat. B ¹¹ . Anzahl Plätze Betreutes Wohnen sollte höher sein als die Substitution von Pflegeplätzen (Mengengerüst Substitution Pflegeplatz rund 72 bis 94 Plätze, Schätzung Mengengerüst zusätzliche Nachfrage aufgrund Vorhandensein Angebot: nochmals so viel).	Neue Trägerschaft
2	Monitoring Einfluss auf Inanspruchnahme stationäre Pflegeplätze.	Neue Trägerschaft
Massnahmen in der Übergangsphase		
Nr.	Beschreibung	Zuständigkeit
3	Anpassung gesetzliche Bestimmungen Wohnsitzregelung bei Betreutem Wohnen, um Gemeinden, die Angebot schaffen, nicht mit nachträglicher Übernahme von Pflegerestkosten von Zuzüglern zu belasten.	Kanton
4	Schaffung Übergangsregelung für Beiträge an EL-Bezüger (z.B. für Betreuungspauschale) bis Lösung auf Bundesebene kommt.	Kanton

¹¹ Siehe Anhang 10.2



S2-04 Betreutes Wohnen nach Curaviva Kat. B (und A)		
5	Ausarbeitung Anreize für Trägerschaften zur Förderung von Angeboten, z.B. mit günstigem Baurecht oder Finanzierungshilfen, Bürgschaften durch Kanton	Projektorganisation Übergangsphase

S3-02 Betreuung und Unterstützung zuhause		
Massnahmen mit neuem Zuständigkeitsmodell		
Nr.	Beschreibung	Zuständigkeit
1	Realisierung zentrale Beratungs- und Koordinationsstelle, siehe Handlungsfeld S5-01 «Beratung über alles»	Neue Trägerschaft
2	Förderung enge Zusammenarbeit Profi- und Freiwilligenarbeit, insbesondere in den Bereichen Betreuung, Begleitung und Alltagshilfe. Bestehende Strukturen innerhalb SRK sollen diesbezüglich genutzt werden.	Neue Trägerschaft
3	Finanzielle Unterstützung Entlastungsdienste für EL-Bezüger regeln (Beispiele Kantone GR, BS oder VD)	Kanton
Massnahmen in der Übergangsphase		
Nr.	Beschreibung	Zuständigkeit
4	Förderung Aktivierung «Zyypunkt» (Gegenwert Hilfeleistungen sind Geschenke und nicht Zeitgutschriften wie bei KISS)	Projektorganisation Übergangsphase
5	Förderung enge Zusammenarbeit Profi- und Freiwilligenarbeit, insbesondere in den Bereichen Betreuung, Begleitung und Alltagshilfe. Bestehende Strukturen innerhalb SRK sollen diesbezüglich genutzt werden.	Projektorganisation Übergangsphase
6	Finanzielle Unterstützung Entlastungsdienste für EL-Bezüger regeln (Beispiele Kantone GR, BS oder VD)	Projektorganisation Übergangsphase

S5-01 Beratung über alles		
Massnahmen mit neuem Zuständigkeitsmodell		
Nr.	Beschreibung	Zuständigkeit
1	Schaffung zentrale Beratungs- und Koordinationsstelle Pflege und Betreuung gemäss Zielen oben inklusive Finanzierung (Vorgabe: 7 bis 8.5 Std. Mo – Fr, Stellenbedarf min. 1.4 FTE)	Neue Trägerschaft
2	Monitoring Arbeiten und Folgewirkungen Beratungs- Koordinationsstelle.	Neue Trägerschaft
Massnahmen in der Übergangsphase		
Nr.	Beschreibung	Zuständigkeit
3	Schaffung zentrale Beratungsstelle inklusive Finanzierung (Wahrnehmung Koordination in Übergangsphase vermutlich nicht machbar).	Projektorganisation Übergangsphase



S6-01		Pflegende Angehörige
Massnahmen mit neuem Zuständigkeitsmodell		
Nr.	Beschreibung	Zuständigkeit
1	Prüfung Aufbau Freiwilligennetz für Nachbarschaftshilfe (siehe Handlungsfeld S2-05 Betreuung und Unterstützung zuhause)	Neue Trägerschaft
2	Entschädigung Leistungen Angehörige analog Kt. GR oder GL sicherstellen	Neue Trägerschaft
3	Förderung Anstellung pflegender Angehörige bei Spitex sowie Sicherstellung allfällige Rahmenbedingungen.	Neue Trägerschaft



10.4 Eckwerte zu den priorisierten Zuständigkeitsvarianten

Tabelle 13: Beschreibung Eckwerte zu den Zuständigkeitsvarianten V2b, V4b und V6 im Vergleich

Themenbereich	V2b Kanton mit Trägerschaft	V4b Verbund Gemeinden mit Trägerschaft	V6 Gemeinsamer Verbund Gemeinden / Kanton mit Trägerschaft
Kurzdefinition Zuständigkeit / Ziel	<i>Konzentration der Zuständigkeiten und langfristig auch der Trägerschaft für LZP (integrierte Versorgung / alles aus einer Hand) generell beim Kanton, inkl. EL-Beträge und inkl. neue Massnahmen</i>	<i>Konzentration der Zuständigkeiten und langfristig auch der Trägerschaft für LZP (integrierte Versorgung / alles aus einer Hand) generell bei einer Verbundstruktur der Gemeinden, inkl. EL-Beträge und inkl. neue Massnahmen</i>	<i>Konzentration der Zuständigkeiten und langfristig auch der Trägerschaft für LZP (integrierte Versorgung / alles aus einer Hand) generell bei einer gemeinsamen Verbundstruktur von Kanton und Gemeinden, inkl. EL-Beträge und inkl. neue Massnahmen</i>
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> - Aufgrund einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage schafft der Kanton eine geeignete Trägerschaft im Sinne eines Unternehmens, wie beispielsweise eine Anstalt oder ein privatrechtliches Unternehmen (z.B. gAG) im Besitz des Kantons¹² - Dieses übernimmt sowohl die Zuständigkeit LZP (inkl. neue Massnahmen) wie auch langfristig die Trägerschaft für die Betriebe - Denkbar wäre auch eine Lösung innerhalb der Kantonsverwaltung - Es ist empfehlenswert, die strategische Führungsebene (Verwaltungsrat) mehrheitlich mit Fachleuten (erfahrene Führungskräfte) zu besetzen; Ergänzung um einzelne Vertreter:innen des Kantons - Der Verwaltungsrat entscheidet selbständig über die Unternehmensstrategie, jedoch im Rahmen einer vom Kanton definierten Eignerstrategie 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufgrund einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage schaffen die Gemeinden eine geeignete Verbundstruktur im Sinne eines Unternehmens, z.B. analog KUG eine öffentlich-rechtliche Aktiengesellschaft¹³ (vgl. Abwasser Uri AG) oder einen Zweckverband - Dieses übernimmt sowohl die Zuständigkeit LZP (inkl. neue Massnahmen) wie auch langfristig die Trägerschaft für die Betriebe - Es ist empfehlenswert, die strategische Führungsebene (Verwaltungsrat) mehrheitlich mit Fachleuten (erfahrene Führungskräfte) zu besetzen; Ergänzung um einzelne Vertreter:innen aus der Politik - Der Verwaltungsrat entscheidet selbständig über die Unternehmensstrategie, jedoch im Rahmen einer von den Besitzern definierten Eignerstrategie 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufgrund einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage schafft der Kanton eine geeignete Trägerschaft im Sinne eines Unternehmens, wie beispielsweise eine Anstalt oder ein privatrechtliches Unternehmen (z.B. gAG) im paritätischen Besitz von Kanton und Gemeinden - Dieses übernimmt sowohl die Zuständigkeit LZP (inkl. neue Massnahmen) wie auch langfristig die Trägerschaft für die Betriebe - Sonst wie Variante 4b
Trägerschaft der einzelnen Betriebe	<ul style="list-style-type: none"> - Kantonaales Unternehmen - Betriebe wie Heime oder Spitex können nach individuellem Zeitplan entweder in das Unternehmen 	<ul style="list-style-type: none"> - Unternehmen der Gemeinden - Sonst wie Variante 2b 	<ul style="list-style-type: none"> - Gemeinsames Unternehmen von Kanton und Gemeinden - Sonst wie Variante 2b

¹² «gemeinnützige AG (gAG)» ist eine Aktiengesellschaft nach Obligationenrecht, die gemeinnützig und steuerbefreit gestaltet wird und damit nicht gewinnorientiert ist.

¹³ Das KUG setzt lediglich minimale öffentlich-rechtliche Rahmenbedingungen für die Aktiengesellschaft, welche im Übrigen grundsätzlich auf dem Aktienrecht nach Obligationenrecht basiert.



Themenbereich	V2b Kanton mit Trägerschaft	V4b Verbund Gemeinden mit Trägerschaft	V6 Gemeinsamer Verbund Gemeinden / Kanton mit Trägerschaft
	<p>integriert werden oder (bis auf weiteres) selbständig bleiben</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mit selbständigen Betrieben, d.h. solchen, die (noch) nicht Teil des neuen Unternehmens sind – schliesst das kantonale Unternehmen eine Leistungsvereinbarung ab - Da kleinere APHs vor grösseren Herausforderungen stehen, die geplanten Massnahmen umzusetzen, soll die baldige Integration dieser APHs geprüft werden, um rascher Effizienzoptimierungen angehen zu können. - Zudem soll eine baldige Integration für die Spitex Uri geprüft werden, damit – im Interesse der Klient:innen – die Zusammenarbeit ambulant und stationär möglichst zeitnah gestärkt werden kann 		
Abläufe	<ul style="list-style-type: none"> - Mit dem Modell der integrierten Versorgung soll das Unternehmen zwischen den Versorgungsstufen (Beratung, Gesundheitsvorsorge, Spitex, intermediäre Strukturen, stationäre Pflege...) Kundennutzen schaffen und Schnittstellen optimieren - Die einzelnen lokalen Betriebe werden mit zentralisierten Supportdiensten (etwa Finanzen, Personal & Bildung, QM, ICT etc.) unterstützt - In einer solchen Unternehmensstruktur bleibt die LZP-Grundversorgung Kernaufgabe – die Struktur erlaubt jedoch bei Bedarf auch die Bildung von Schwerpunkten oder Pilotversuchen für innovative, dem ganzen Kantonsgebiet zur Verfügung stehender Angebote - Dies gilt für den Aufbau und die Weiterentwicklung von intermediären Angeboten wie auch die aufeinander abgestimmte Versorgung ambulant – intermediär – stationär 	- Wie Variante 2b	- Wie Variante 2b
Rolle / Aufgaben Kanton	<ul style="list-style-type: none"> - Zuständig für die LZP aller Stufen - Träger des Unternehmens - Legiferierung - Gesundheitspolizeiliche Zuständigkeiten - Via Unternehmen auch zuständig für kantonsübergreifende neue Massnahmen, z.B. Beratungsstelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Legiferierung - Gesundheitspolizeiliche Zuständigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Mit-zuständig für die LZP aller Stufen - Mit-Träger des Unternehmens - Legiferierung - Gesundheitspolizeiliche Zuständigkeiten



Themenbereich	V2b Kanton mit Trägerschaft	V4b Verbund Gemeinden mit Trägerschaft	V6 Gemeinsamer Verbund Gemeinden / Kanton mit Trägerschaft
			- Via Unternehmen auch mit-zuständig für kantonsübergreifende neue Massnahmen, z.B. Beratungsstelle
Rolle / Aufgaben Gemeinden	- Keine	- Zuständig für die LZP aller Stufen - Via Unternehmen auch mit-zuständig für kantonsübergreifende neue Massnahmen, z.B. Beratungsstelle - Träger des Unternehmens	- Mitzuständig sowohl für ambulante als auch für stationäre LZP - Via Unternehmen auch mitzuständig für kantonsübergreifende neue Massnahmen, z.B. Beratungsstelle - Mit-Träger des Unternehmens
Koordination und Steuerung	- Durch zentrale Beratungs- und Koordinationsstelle des Unternehmens, die Steuerung erfolgt durch das Unternehmen	Wie Variante 2b	Wie Variante 2b
Finanzierung Betrieb	- Vollkostendeckung inkl. Infrastruktur (Kostenrechnung / Benchmark) - Kanton bezahlt definierte Kosten - Betriebe mit Leistungsvereinbarung rechnen über das Unternehmen ab	- Vollkostendeckung inkl. Infrastruktur (Kostenrechnung / Benchmark) - Gemeinden bezahlen definierte Kosten nach einem noch festzulegenden Schlüssel, z.B. Einwohner oder evtl. kombiniert mit Inanspruchnahme Leistungsmengen - Betriebe mit Leistungsvereinbarung rechnen über das Unternehmen ab	- Vollkostendeckung inkl. Infrastruktur (Kostenrechnung / Benchmark) - Kanton und Gemeinden bezahlen je zur Hälfte definierte Kosten (Gemeinden untereinander nach einem noch festzulegenden Schlüssel) - Betriebe mit Leistungsvereinbarung rechnen über das Unternehmen ab
Infrastruktur, insbesondere APH	- Die Integration von stationären Betrieben ins Unternehmen erfordert wegen der kapitalintensiven Infrastruktur eine sorgfältige Planung in Varianten - Im Gegensatz zu vielen anderen Branchen bestehen jedoch in diesem Markt anerkannte einheitliche Anlagebewertungsgrundlagen, was diese Planung erleichtern sollte - Die wichtigsten Rahmenbedingungen werden – analog zum KUG – im Gesetz zu regeln sein	- Wie Variante 2b	- Wie Variante 2b
Demokratisch legitimierte Aufsicht	- Die demokratische Mitsprache und Kontrolle könnte z.B. analog zum KSU erfolgen, d.h. der Landrat erteilt den Leistungsauftrag, die Regierung übernimmt die Aufsicht und wählt den Verwaltungsrat - Ein oder zwei Vertreter des Kantons im Verwaltungsrat sichern den Informationsfluss	- Die demokratische Mitsprache und Kontrolle durch die Gemeinden erfolgt einerseits über einzelne Vertreter:innen im Verwaltungsrat und andererseits allenfalls über ein geeignetes Aufsichtsorgan, welches mit Ergebnissen des professionellen Unternehmenscontrollings bedient wird, den Verwal-	- Die demokratische Mitsprache und Kontrolle durch die Besitzer erfolgt einerseits über einzelne Vertreter:innen im Verwaltungsrat, und andererseits allenfalls über ein paritätisch durch Gemeinden und Kanton besetztes Aufsichtsorgan, welches mit Er-



Themenbereich	V2b Kanton mit Trägerschaft	V4b Verbund Gemeinden mit Trägerschaft	V6 Gemeinsamer Verbund Gemeinden / Kanton mit Trägerschaft
		<p>tungsrat wählt und sich periodisch mit diesem austauscht</p> <p>- Mittels Informationsgefässen und periodisch durchgeführten Anlässen können Gemeinden und / oder auch breitere Kreise à jour gehalten werden</p>	<p>gebnissen des professionellen Unternehmenscontrollings bedient wird, den Verwaltungsrat wählt und sich periodisch mit diesem austauscht.</p> <p>- Die Gestaltung des Aufsichtsorgans erfordert in dieser Variante besondere Aufmerksamkeit, damit eine Balance zwischen Kanton und Gemeinden gewahrt werden kann</p> <p>- Mittels Informationsgefässen und periodisch durchgeführten Anlässen können Gemeinden, Landrat und / oder auch breitere Kreise à jour gehalten werden</p>
Stärken ¹⁴	- Für Kanton direkter Einfluss auf Steuerung LZP	<p>- Bürgernähe durch Verbundlösung auf Gemeindeebene noch «emotional» gegeben</p> <p>- Für Gemeinden direkter Einfluss auf Steuerung LZP</p>	- Gemeinden und Kanton stehen gemeinsam hinter der LZP und deren Umsetzung
Schwächen ¹⁵	<p>- möglicherweise weniger Bürgernähe</p> <p>- Gemeinden sind aussen vor</p> <p>- Dreifachrolle Kanton (Zuständigkeit bzw. Regulator, Aufsicht und Betrieb)</p>	- Gemeinden sehr unterschiedlich – Konsensfindung möglicherweise anspruchsvoll	<p>- Anspruchsvolle Führung aufgrund paritätischer Trägerschaft bzw. auch bei Besetzung strategischer Führungsebene</p> <p>- Kanton und Gemeinden in Trägerschaft => ausserhalb des Unternehmens kann keine öffentliche Körperschaft mehr ausgleichend wirken</p>

¹⁴ Hier werden primär Stärken gegenüber den anderen beiden priorisierten Varianten aufgeführt. Jene gegenüber den anderen 6 Varianten wie z.B. Möglichkeit zur integr. Versorgung, Effizienz durch Synergien, fiskalische Äquivalenz, Vereinfachung im Verwaltungsaufwand für Gemeinden, Wohnsitzregelung innerkantonal nicht mehr relevant (Erleichtert Schaffung von Betreutem Wohnen) werden nicht nochmals dargestellt.

¹⁵ Dasselbe gilt für Schwächen: Direkter Einfluss Gemeinden auf Betriebe vor Ort nimmt ab; Monopol → durch flankierende Massnahmen abfedern (Ombudsstellen, Aufsicht, Qualität Führung strategisch und operativ usw.) allenfalls abschwächen.